

**КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА:  
САМОФИНАНСИРОВАНИЕ  
В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ  
г.ОДЕССА, УКРАИНА**

**CRITICAL EVALUATION:  
SELF-FINANCING AT THE  
FAMILY HEALTH CENTER  
IN ODESSA, UKRAINE**

**КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА:  
САМОФИНАНСИРОВАНИЕ  
В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ  
г.ОДЕССА, УКРАИНА**

Подготовили по заказу на задание 024:  
Лаура Рейни, экономист  
Марти Макинен, специалист по экономике здравоохранения  
и технический руководитель

Предложено программой “ЗдравРеформ” для:  
AID/ENI/HR/HP

## СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЯ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ .....	3
ПРЕДИСЛОВИЕ.....	5
КРАТКИЙ ОТЧЕТ О ПРОДЕЛАННОЙ РАБОТЕ .....	6
1. ПРЕДПОСЫЛКИ И ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ.....	11
1.1 МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ.....	11
1.2 ОДЕССА.....	11
1.3 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕФОРМ.....	11
1.4 ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ.....	12
2. МЕТОДЫ.....	15
2.1 ЦЕЛИ..	15
2.2 ВЕДЕНИЕ УЧЕТА В ЦЗС .....	15
2.3 СБОР ДАННЫХ .....	17
2.4 ВИДЫ АНАЛИЗА.....	18
3. ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ .....	19
3.1 КАЧЕСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	19
3.1.1 Регистрация пациента и взимание платы.....	19
3.1.1.1 Порядок, установленный в поликлинике.....	19
3.1.1.2 Система в дневном стационаре.....	19
3.1.1.3 Взимание платы.....	20
3.1.2 Услуги аптеки и их оплата .....	21
3.1.3 Договоры с предприятиями и мобильная медицина .....	21
3.1.4 Бухгалтерский учет .....	22
3.1.5 Законодательные ограничения.....	22
3.1.5.1. Ценообразование в условиях инфляции .....	23
3.1.5.2. Благотворительный фонд .....	23
3.1.5.3. Прибыли.....	23
3.1.5.4. Налогообложение.....	23
3.1.6 Научные исследования .....	23
3.1.7. Механизм оплаты труда врачей.....	24
3.1.8 Освобождение от оплаты .....	24
3.1.9. Планы ЦЗС .....	25
3.1.9.1. Развитие страхования .....	25
3.1.9.2. Филиал в Ильичевске и услуги на дому .....	25
3.1.10. Информация для управления финансами .....	26
3.2 КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	27
3.2.1. Эксплуатационные расходы.....	27
3.2.2. Доходы, полученные за счет платежей клиентов .....	29
3.2.3. Самофинансирование эксплуатационных расходов .....	29
3.2.4. Структура платежей .....	31
3.2.5. Уровень цен .....	31
3.2.6. Установление расценок .....	31
3.2.7. Корректировка расценок в связи с инфляцией.....	33
3.2.8. Демографический и социально-экономический профиль пациентов .....	33
4. Уроки, извлеченные из опыта ЦЗС .....	37
4.1 Финансовая устойчивость .....	37
4.2. Экономическая эффективность .....	37
4.3 Равное право доступа .....	37
4.4 Качество медицинского обслуживания.....	38
4.5 Управление финансами.....	38

4.6	Законодательная среда.....	38
5.	Рекомендации...39	
5.1	Рекомендации для руководства ЦЗС .....	39
5.2.	Рекомендации украинским органам здравоохранения.....	42
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....		45

## ПРИЛОЖЕНИЯ

A.	Объем работы...47	
B.	Методика перерасчета купонов по курсу октября в купоны по курсу апреля.....	49
C.	Система регистрации и взимания платы .....	51
D.	Разбивка вводимых ресурсов для определения цены эндоскопического исследования.....	53
E.	Демографические и социоэкономические данные о пациентах Центра здоровья семьи.....	55

## ПЕРЕЧЕНЬ ТАБЛИЦ

1.	Эксплуатационные расходы на апрель и октябрь 1994 .....	27
2.	Ориентировочный месячный доход за счет платежей клиентов .....	29
3.	Сравнение эксплуатационных затрат и доходов, получаемых за счет платы клиентов	30
4.	Расценки на 5 традиционно оказываемых видов услуг в Центре здоровья семьи на ноябрь 1994 .....	31
5.	Расценки на проведение эндоскопии в ЦЗС в 1989 г. ....	34
6.	Сводка о категориях пользователей услуг ЦЗС согласно профессии/социальному положению .....	35
7.	Возрастной профиль пользователей услуг ЦЗС .....	35
8.	Сводка о месте проживания пользователей услуг ЦЗС .....	36
9.	Распределение затрат на материалы при эндоскопическом исследовании .....	53
10.	Эндоскопия: распределение заработной платы медицинского персонала.....	53
11.	Эндоскопия: распределение допустимых цен технического обеспечения и использования оборудования .....	54

## РИСУНКИ

1.	Распределение услуг в ЦЗС .....	14
2.	Схема последовательности операций при обслуживании пациентов .....	20
3.	Процентное соотношение доходов от предоставляемых по договорам с предприятиями услуг.....	22
4.	Эксплуатационные расходы за октябрь 1994 г.....	28
5.	Эксплуатационные расходы за апрель 1994 г. ....	28
6.	Расценки в ЦЗС и инфляция .....	34

## **ВЫРАЖЕНИЯ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ**

Мы хотели бы поблагодарить всех тех многочисленных людей, которые принимали участие в данных исследованиях любезно предоставляя в наше распоряжение свое время. В особенности авторы благодарны Валентине Беспоясной и Каринэ Тумасян из Центра здоровья семьи (ЦЗС), так как без их данные исследования были бы невозможными. Зоя Болгар была незаменимой в устном переводе во время нашего пребывания там, а также в письменном переводе многочисленных документов. Мы хотели бы также поблагодарить Владимира Бубнова и Руслана Соболева за уделенные ими нам время и помошь. Значительная часть анализа была бы невозможной без помощи и данных, предоставленных главным бухгалтером ЦЗС Александром Улановским и экономистом Людмилой Малачковой. Наконец, мы хотели бы поблагодарить персонал ЦЗС за предоставленный нам доступ к записям и документам, необходимым для обзора, а также за проведенное с нами время, когда они рассказывали нам о работе ЦЗС. Мы восхищаемся професионализмом, энтузиазмом и личной самоотверженностью всего персонала ЦЗС, благодаря которым он выжил в условиях такого экономического кризиса. Этот отчет обязан многим глубокой и всесторонней рецензии Франсуа Диопа. Многие из его замечаний были приняты к сведению и послужили для повышения качества этого документа. Все ошибки или пропуски в данном отчете лежат на совести исключительно его авторов, а не кого-либо из упомянутых выше лиц.

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

В средине 1994 года к разработчикам программы помоши Украине “ЗдравРеформ”, являющейся частью программы Агентства по международному развитию США (АМРСША), обратились за помощью в подготовке реформ по управлению, организации и финансированию сектора здравоохранения. Программа “ЗдравРеформ” предусматривает техническую помощь, обучение, распространение информации и (в других местах, но не на Украине) поддержку субсидиями подобных реформ здравоохранения в некоторых из стран бывшего Советского Союза. Для начала работы в рамках программы “ЗдравРеформ” на Украине было намечено несколько мероприятий “быстрого реагирования”. Эта критическая оценка программы самофинансирования ЦЗС является одним из них. Прочие перечисляются в списке 1.

### *Список 1: Меры быстрого реагирования*

- *Дрогобыч: оценка новой системы ассигнования средствами из государственного бюджета больниц, подобной системе связанных диагнозом групп (СДГ).*
- *Черновцы: анализ с использованием методики определения эффективности вложений программы защиты беременности, реализуемой Черновицким диагностическим центром.*
- *Киев: помощь в разработке учебных планов, организации кратковременных курсов обучения и передача методологии преподавания недавно созданной Школе управления здравоохранением при Институте государственной администрации.*
- *В национальных масштабах: организация учебной поездки в США для членов Комиссии по охране здоровья Верховного Совета (национального парламента), ее служебного персонала и ведущих специалистов в области здравоохранения со всей Украины.*

Кроме того, “ЗдравРеформ”, АМРСША и Национальное министерство здравоохранения избрали Одессу и Львов в качестве мест интенсивной демонстрации (МИД), где программа “ЗдравРеформ” будет сосредотачивать свои средства для сотрудничества с местной администрацией в целях разработки, внедрения и накопления опыта комплексного рыночно-ориентированного реформирования сектора охраны здоровья. Планы деятельности МИД в обоих местах будут опираться на опыт от мероприятий “быстрого реагирования”. При подготовке к оценке самофинансирования ЦЗС в октябре 1994 г. один из авторов, Лаура Рейни, встретилась с доктором медицины, директором по научной работе консультативной клиники ЦЗС Валентиной Беспоясной и доктором медицины, заведующей больничным отделением ЦЗС Кариэ Тумасян. Эта встреча состоялась во время посещения докторами Беспоясной и Тумасян штаб-квартиры “ЗдравРеформ” в Бетесде, штат Мэриленд; она была одним из пунктов программы их ознакомительной командировки в США. На этой встрече были обсуждены рамки работы по оценке и подтверждены имеющиеся в наличии данные.

## **КРАТКИЙ ОТЧЕТ О ПРОДЕЛАННОЙ РАБОТЕ**

### **ЦЕЛЬ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ**

Целью данной критической оценки является извлечение положительных факторов для их распространения, информирование национальной и местной администрации, а также разработка рекомендаций для улучшения эффективности работы на опыте программы самофинансирования Международного медицинского научно-исследовательского центра здоровья семьи (ЦЗС) в Одессе, Украина. Данные собирались во время бесед с представителями руководства и персонала ЦЗС, а также просмотра финансовой и медицинской документации. Основными объектами оценки являются доходы, расходы, структура платежей и распределение потребителей услуг.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ И РАБОТА ЦЗС**

ЦЗС был основан в 1988 году под руководством доктора медицины и философии Валерия Запорожана как первое в Советском Союзе учреждение, оказывающее медицинские услуги на основе самофинансирования. ЦЗС является научным, диагностическим и лечебным учреждением, занимающимся лечением женских репродуктивных органов и урологических патологий. Задачей ЦЗС является предоставление медицинских услуг на высоком качественном уровне, в том числе специализированных услуг, таких как применение эндоскопических и криоэндоскопических методов диагностики и лечения, по ценам, доступным для всех. В 1993 году ЦЗС обслужил более 30000 пациентов из Одесской области, других местностей Украины и бывших республик Советского Союза.

ЦЗС является, вероятно, единственным в бывшем Советском Союзе здравоохранительным учреждением, которое стремится финансироваться исключительно за счет платежей потребителей услуг и является полностью независимым о государства. Другие медицинские учреждения так же используют платежи потребителей, но в вопросах финансирования опираются также на государственный бюджет.

Ощущение экономическое положение Украины очень сильно повлияло на выполнение программы самофинансирования ЦЗС. Быстрые темпы инфляции создают проблемы, так как руководству приходится уравновешивать стремление возмещать растущие издержки с политикой поддержки цен на уровне, который обеспечивал бы доступ к услугам для пациентов из всех социальных групп с различным социоэкономическим статусом.

### **ЦЗС И ОБСУЖДЕНИЕ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УКРАИНЕ**

Украинские политики занимаются вопросами реформирования методов финансирования медицинских услуг; его источники можно разделить на три группы: общие ассигнования из правительственного бюджета, поступления от третьих сторон и прямые платежи потребителей. Опыт ЦЗС в использовании платежей потребителей и перечислений третьих сторон мог бы оказаться полезным при обсуждении реформ. Методы управления ЦЗС в плане распределения ресурсов и создания стимулов для повышения эффективности работы персонала могли бы послужить дополнительной полезной для реформ информацией.

## **ВЫВОДЫ**

При проведении оценки были сделаны следующие основные выводы:

- Из опыта ЦЗС (см. раздел 3.2.3) видно, что самофинансирование высококачественных медицинских услуг с возмещением эксплуатационных расходов является осуществимым. Однако, методика ведения бухгалтерского учета не позволяет оценить степень возмещения за счет платежей потребителей износа основного капитала в ЦЗС (см. разделы 2.2 и 3.1.4).
- Хотя руководство ЦЗС применяет стимулы для повышения производительности работы персонала и другие методы обеспечения рентабельности (см. раздел 3.1.7), слабая система финансового информирования (см. разделы 2.2, 3.1.4 и 4.5) делает затруднительной количественную оценку, а также затемняет для дирекции возможности обнаружения слабых мест.
- ЦЗС освобождает от оплаты представителей малообеспеченных групп населения (см. раздел 3.1.8) и использует благотворительные взносы для возмещения этих утраченных доходов (см. раздел 3.1.5.2). Однако, большая доля пациентов принадлежит к группам с более высоким социоэкономическим статусом (см. раздел 3.2.8).
- Персонал ЦЗС имеет высокую квалификацию и оказывает услуги на высоком качественном уровне. Однако, нехватка лекарств (см. раздел 3.1.2) и сокращение субсидий на научные исследования (см. раздел 3.1.6) могут теперь и в будущем наносить вред качеству.
- Интеллект и интуиция дирекции и персонала ЦЗС в отношении финансовых вопросов хорошо им послужили. Несмотря на отсутствие пригодной для немедленного применения финансовой информации и специальных навыков управления финансами (см. разделы 2.2 и 3.1.4), ЦЗС очень чутко реагировал на изменение обстоятельств в тяжелых экономических условиях. Ни бухгалтерский учет, ни данные о потоке финансовых средств не обрабатываются должным образом, т.е. не дают полезной для принятия решений по управлению информации. Тем не менее степень финансовой эффективности ЦЗС и без этой информации является довольно высокой.
- Успеху самофинансирования услуг в сфере здравоохранения препятствуют законодательные положения (см. разделы 3.1.4 и 3.1.5). Тяжелое бремя налогообложения, устарелые и нереалистичные требования к системе бухгалтерского учета, а также ограничения в ценообразовании в целом ряде аспектов ограничивают возможности управления самофинансированием.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ**

Данная оценка имела среди результатов и рекомендации дирекции ЦЗС и руководству сектора охраны здоровья Украины.

## Рекомендации дирекции ЦЗС

### 1. Разработать информационную систему для управления финансами.

Дальнейшее развитие информационной системы для управления финансами (ИСУФ) в ЦЗС позволило бы обработать уже накопленные данные и облегчить процесс принятия ежедневных и стратегических решений по финансированию. Такая ИСУФ также позволила бы ЦЗС проводить специальные виды анализа, необходимые для принятия стратегических решений. Важной ролью усовершенствованной ИСУФ были бы создание и ведение счетов, которые реально оценивали бы основной капитал.

### 2. Определить источник значительного увеличения эксплуатационных расходов поликлиники в октябре 1994 года.

Поликлиника в октябре 1994 года оказалась на уровне ниже 100% самофинансирования, в основном из-за резкого увеличения "прочих прямых расходов" (см. раздел 3.2.3). Это положение следует изучить в целях определения мер, направленных на восстановление существовавшего в прошлом возмещения текущих расходов.

### 3. Разработать опытную программу страхования, которая служила бы лабораторией для развития систем страхования в Одесской области.

Положение ЦЗС является достаточно хорошим для начинания внедрения программы страхования в здравоохранении. Страхование может дать ЦЗС новых клиентов и новые доходы. ЦЗС должен найти группу населения, с которой он мог бы работать при разработке системы страхования. Для достижения успеха в развитии страхования ЦЗС несомненно понадобится усовершенствовать ИСУФ (см. рекомендацию 1). Положительный опыт, накопленный при реализации этой опытной программы мог бы способствовать процессу обсуждения реформ в секторе охраны здоровья на национальном и областном уровнях.

### 4. Продолжить реализацию планов по открытию филиала ЦЗС в одном из пригородов Одессы.

Планы ЦЗС открыть отделение в Ильичевске представляются уместными. Процесс планирования по ильичевскому филиалу дал бы ЦЗС возможность применить усовершенствованную ИСУФ, использовать новые методы оценки спроса и маркетинг, а также улучшить финансовое положение ЦЗС.

### 5. Изучить объемы рынка услуг на дому и расходы при их оказании.

ЦЗС следует изучить по-видимому растущий рынок услуг на дому (см. раздел 3.1.9). Это изучение должно включить в себя оценку величины этого рынка и определение стоимости услуг в целях ценообразования.

### 6. Обучать руководство и административно-управленческий аппарат менеджменту, экономике и финансовому анализу в сфере здравоохранения.

Обучение финансовому и общему менеджменту поможет персоналу ЦЗС принимать финансовые решения более высокого качества.

7. *Осуществить сравнительное исследование демографического и социо-экономического профиля пациентов государственных учреждений, оказывающих аналогичные услуги.*  
Сбор данных для сравнения демографического и социоэкономического профиля пациентов из государственных учреждений-конкурентов мог бы показать, в какой степени ЦЗС достигает своей цели по обслуживанию всех групп населения. Эта информация была бы полезной для ЦЗС в плане маркетинга и рекламы.
8. *Продолжить практику договоров по распределению затрат с предприятиями.*  
ЦЗС может предложить предприятиям, с которыми он имел договора об обслуживании их работников, чтобы они оплачивали некоторую часть расходов на лечение, с тем, чтобы их работники, нуждающиеся в нем, оплачивали остальную часть. Предприятия, их работники и ЦЗС могли бы выиграть от такого распределения расходов.
9. *Следить за процессом возникновения новых предприятий.*  
ЦЗС мог бы заключать договоры о предоставлении своих услуг возникающим в Одессе новым предприятиям. Такие усилия в сфере сбыта услуг должны включать в себя попытки определения типа услуг, которые предприятия могли бы предложить своему персоналу.

#### Рекомендации руководству сектора охраны здоровья Украины

1. *Признать осуществимость самофинансирования за счет платежей потребителей.*  
Опыт ЦЗС показывает осуществимость возмещения эксплуатационных расходов и некоторой части капитальных затрат платежами потребителей. Реформы в области здравоохранения могли бы включать в себя некоторые из форм оплаты потребителями оказанных им услуг.
2. *Считать планируемую ЦЗС программу страхования проверкой на практике этой концепции.*  
Планы ЦЗС по разработке программы страхования (см. рекомендацию 3, выше, и раздел 3.1.9.1) должны стать объектом внимания в целях приобретения положительного для ее применения в других регионах Украины опыта.
3. *Рассмотреть вопрос о снижении бремени налогов с социальных услуг, предоставляемых в частном порядке.*  
Социальные услуги (см. раздел 3.1.5.4) могли бы не облагаться налогом на добавленную стоимость и подоходным налогом. Следует не облагать налогом на добавленную стоимость благотворительные взносы для социальных услуг (см. раздел 3.1.5.2) в целях увеличения субсидирования услуг, предоставляемых малообеспеченным.

4. *Рассмотреть вопрос о снятии ограничений с прибылей.*  
Учреждения, предоставляющие услуги в секторе здравоохранения (особенно те из них, целью которых не является прибыль), не должны подвергаться контролю в ценообразовании с тем, чтобы они могли изменять цены таким образом, чтобы способствовать потреблению некоторых из услуг за счет получения больших прибылей от других услуг (см. разделы 3.1.5.3 и 3.2.6).
5. *Отменить положения о применении нереальных ставок амортизации и сроков службы для основных средств в бухгалтерском учете.*  
Нужно подумать о том, как отменить законодательные требования по бухгалтерскому учету (см. разделы 2.3 и 3.1.4, а также рекомендацию 1 в разделе 5.1), которые являются административным бременем, наложенным на предоставляющие услуги по охране здоровья предприятия, и не дают полезной для управления информации.
6. *Специалисты в сфере оказания медицинских услуг нуждаются в обучении для развития навыков “бизнеса”.*  
Руководители учреждений, оказывающих медицинскую помощь, во всей системе здравоохранения Украины нуждаются в приобретении навыков предпринимательства по охране здоровья (см. раздел 4.5 и рекомендацию 6 в разделе 5.1).

## **1. ПРЕДПОСЫЛКИ И ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ**

Темой этого отчета является критическая оценка программы самофинансирования Международного медицинского научно-исследовательского центра здоровья семьи (ЦЗС) в Одессе, Украина, в целях документации накопленного опыта, разработки рекомендаций, направленных на ее усовершенствование, и определения потенциала адаптации и распространения самофинансирования в системе здравоохранения Украины в других регионах.

### **1.1 МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ**

Переход Украины от командной к рыночной экономике имел следствием появление новой структуры торговли и падение производства, ведущие к закрытию или к значительному сокращению деятельности многих предприятий, а также резкому снижению жизненного уровня, которые сопровождались высокими и непредсказуемыми темпами инфляции. Ни один из регионов Украины не избежал тяжелой экономической ситуации. Экономический кризис особенно сильно повлиял на сектор здравоохранения, который столкнулся с нехваткой медикаментов, оборудования и ассигнований.

### **1.2 ОДЕССА**

Одесса является главным портовым городом Украины, расположенным на берегу Черного моря. Ее население - приблизительно 1,1 млн. чел. и она является центром Одесской области (численность населения - приблизительно 1,4 млн. чел.). Город является многонациональным и в нем преобладает русская речь. Основная экономическая деятельность Одессы связана с портом и индустрией отдыха в летние месяцы.

### **1.3 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕФОРМ**

Система здравоохранения Украины вообще и Одессы в частности продолжает функционировать в основном так же, как и во времена Советского Союза. Эта система в советском стиле является чрезвычайно централизованной с государственным финансированием и распределением услуг. При распределении койко-мест в больнице, врачей, медикаментов, ассигнований и комплектов медицинского оборудования используются нормы, разработанные в центре. Услуги оказываются через многопрофильные поликлиники для амбулаторных больных и через часто специализированные (например - офтальмология, туберкулез, инфекционные заболевания) больницы для стационарных больных. Практикующих и семейных врачей - очень мало. Зарплата врачей низка по отношению к зарплате работников других секторов экономики. Услуги пациентам оказываются почти исключительно бесплатно. Эта система является неэффективной по сравнению с Западной Европой, Японией и Северной Америкой. Пребывание в больнице - почти в три раза дольше, врачей и больничных коек на душу населения - почти в два раза больше, а основное внимание уделяется специализированной медицинской помощи,

а не первичной и профилактическим мерам. Несмотря на неэффективность в здравоохранение вкладывается низкий по мировым стандартам процент национального дохода. (Трудности при определении национального дохода в основном нерыночных системах экономики не позволяют определить количественно с точностью, какой его процент вкладывается в здравоохранение, но в основном считается, что эта цифра колеблется в пределах от 3 до 5 процентов.) Система не реагирует на запросы потребителей (пациентов), в основном не имеющих выбора среди оказывающих услуги пунктов. Однако всеобщий доступ к этим услугам обеспечивается. В последнее время упадок экономики лишил систему здравоохранения фондов, что привело к нехватке лекарств, ассигнований и средств технического обеспечения.

Неудовлетворенность работой этой советской системы, усилившаяся в связи с проблемами, порожденными переходом к рыночной экономике, привлекла внимание к финансированию и организации сектора здравоохранения. Предпринимаются попытки поиска новых источников финансирования, ибо финансирование из государственного бюджета, кажется, всегда приводило к очень низким ассигнованиям. В этом направлении в основном упоминается удерживаемый из зарплаты налог на здравоохранение (“обязательное страхование здоровья”). Также рассматриваются возможности платежей не из кармана потребителя. Проблемы эффективности и качества могли бы решаться путем изменения способа распределения фондов в пользу первичной (профилактической) помощи за счет специализированной и больничной помощи, а также создания условий, способствующих увеличению возможностей для выбора потребителем мест оказания помощи. Распространяются понятия ассигнования фондов “на человека” оказывающей услуги организации. Многие из обсуждаемых идей имеют верную направленность, но часто они не до конца понимаются. Кроме того, в условиях бывшего Советского Союза они не испытывались эмпирически.

#### **1.4 ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ**

ЦЗС был основан в 1988 году под руководством доктора медицины и философии Валерия Запорожана в качестве одного из самых первых в Советском Союзе самофинансирующегося пункта оказания медицинских услуг. ЦЗС является медицинской клиникой для лечения репродуктивных органов у амбулаторных больных, оказывающей диагностические и терапевтические услуги и проводящей одновременно научные исследования. В частности он оказывает специфические услуги, такие как применение эндоскопических и криоэндоскопических методов диагностики и лечения. Центр старается проводить такую ценовую политику, чтобы оказываемые им услуги были доступными для всех. Доктор Запорожан является первым на Украине разработчиком криоэндоскопической методики гинекологических диагностики и лечения. Персонал ЦЗС имеет репутацию великолепных специалистов в своих отраслях. Он не получает финансовой поддержки из средств государственного бюджета. Центр является одним из немногих в бывшем Советском Союзе медицинских учреждений, которые были полностью самофинансируемыми за счет платежей пациентов, и он независим от государства. В других медицинских учреждениях Одессы также используются

платежи пациентов, но финансы этих учреждений все же в некоторой части составляются из дотаций госбюджета.

В ЦЗС 40 врачей и членов медперсонала работают полное время, а 25 - по совместительству, часть рабочего времени. Кроме того, в ЦЗС заняты 30 представителей немедицинского персонала, в том числе бухгалтеры, специалисты по медицинской технике и обслуживающий персонал. Учреждение подразделяется на два отделения - поликлинику для амбулаторных больных и дневной стационар.

В состав подразделений поликлиники входят гинекология, урология, физиотерапия, вакцинация/вирусология, отделения научных исследований, ультразвуковых обследований и стоматология. В поликлинике также находятся лаборатория для диагностики и небольшая аптека.

Дневной стационар оказывает услуги по терапевтическому лечению (как обычными, так и нетрадиционными методами), а также "малым" операциям типа лапароскопии и внутриматочной криохирургии. Некоторые из этих хирургических операций выполняются только в ЦЗС в Одессе. Пациенты, нуждающиеся в круглосуточной помощи или в обширном оперативном вмешательстве, направляются в больницу Одесского медицинского университета.

В 1994 г. ЦЗС обслужил более 38 тысяч пациентов. 80% этих пациентов были жителями города Одессы, 13% - из прилегающей к городу зоны (радиусом 20-40 км) и 7% приезжали из населенных пунктов, находящихся на расстоянии более 60 км от города. В прошлом ЦЗС имел больше пациентов, проживающих за пределами Одесской области, в том числе многих из других регионов бывшего Советского Союза.

Большинство пациентов получают услуги в отделении для амбулаторных больных (поликлинике). Рисунок 1 показывает распределение услуг в 1993 г. (ближайший год, для которого имелись данные).

Общая экономическая ситуация на Украине и в Одессе сильно повлияла на выполнение программы самофинансирования. Быстрые темпы инфляции создали проблемы также и для ЦЗС и там стараются сбалансировать увеличение расходов с поддержанием цен на таком уровне, чтобы доступ к услугам для пациентов сохранялся. Ни одному из пациентов не отказывают в помощи из-за невозможности оплаты. ЦЗС освобождает от оплаты ветеранов, инвалидов, жертв Чернобыля и многодетных матерей. Средства из Фонда благотворительности ЦЗС, составляющегося из пожертвований предприятий, используются для оплаты этих пользующихся льготами категорий.

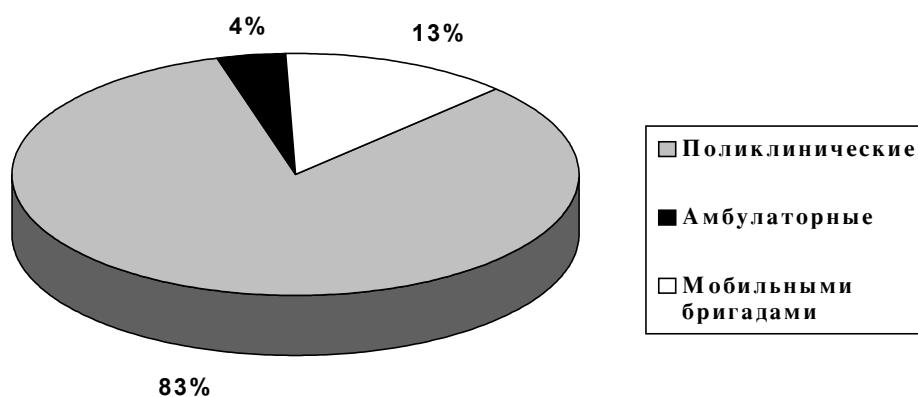
Часть деятельности ЦЗС была сокращена или прервана вследствие ухудшения экономических условий. Например, в прошлом ЦЗС имел ряд договоров с предприятиями и оказывал медицинские и диагностические услуги их работникам как в самом Центре семейного здоровья, так и в этих учреждениях и на заводах. Некоторые из этих предприятий находились в сельской местности

Одесской области, и ЦЗС использовал с этой целью выездные бригады, состоящие из врача, гинеколога и специалиста по эндоскопии, а также, в случае необходимости, других специалистов (например, невропатолога, эндокринолога), и передвижные консультационные пункты для их обслуживания. Количество предприятий, обслуживаемых ЦЗС, сократилось с 43 в 1990 году до 2 в 1994. Из-за экономического кризиса значительно меньшее количество предприятий имеет возможность тратить деньги на услуги для своих работников. В 1989 г. доля общего дохода от выездных бригад составляла 72%, а в 1993 она упала до 0,2% (см. рис. 2). Мобильные пункты в 1992 г. были проданы, а деятельность выездных бригад полностью прекратилась в 1993 г. Среди прочих мер по экономии расходов были сокращение количества или рабочего времени персонала, а также сокращение или прекращение оказания некоторых из услуг. В целях уменьшения эксплуатационных (текущих) расходов часть медицинского оборудования была законсервирована.

Некоторые из вновь планируемых мероприятий были отложены, например - расширение в виде филиалов в близлежащих населенных пунктах, оказание услуг на дому и создание программы страхования.

Руководство осознает необходимость систематической работы в целях определения места ЦЗС в рамках национальных, областных и муниципальных реформ по мере их проведения. Одесская область представила в Министерство здравоохранения далеко идущую программу реформы. Среди ее целей - увеличение финансирования и рационализация потребления ресурсов. Эти цели в некоторой степени могут быть достигнуты за счет распространения системы финансирования ЦЗС.

**График 1: Структура предоставления услуг центром охраны здоровья семьи (ЦОЗС) 1993**



**Рис. 1. Распределение услуг в ЦЗС.**

## **2. МЕТОДЫ**

Данное описание методов, использовавшихся при проведении критического анализа программы самофинансирования ЦЗС, начинается с определения целей этой оценки. Затем описывается применяемая в ЦЗС методика ведения финансовой документации. Система ведения документации в ЦЗС повлияла на способ проведения оценки. Наконец, объясняется, как собирались и анализировались данные.

### **2.1 ЦЕЛИ**

Основными целями данного исследования были:

- Обеспечение аналитического описания системы финансирования ЦЗС и документация ее сильных и слабых сторон;
- Оценка способности существующей структуры поступлений (платежей) обеспечить достаточный для целей возмещения издержек производства уровень доходов;
- Вычисление существующих уровней возмещения издержек производства;
- Предложение рекомендаций относительно альтернатив модификации системы самофинансирования, включая структуру оплаты;
- Документация в целях распространения накопленного опыта; и
- Определение необходимых в дальнейшем мероприятий.

Данные собирались в ЦЗС в период 10-29 ноября 1994. (В приложении А можно найти объем работы, связанной с этой деятельностью.)

### **2.2 ВЕДЕНИЕ УЧЕТА В ЦЗС**

Некоторые из особенностей методики финансового учета в ЦЗС повлияли на выбор способа проведения данной оценки. Эти особенности и их последствия для оценки перечисляются ниже:

- *Амортизация.* В книги главного бухгалтера ЦЗС занесены величины стоимости и срока службы здания и оборудования, предоставленные Министерством здравоохранения в Москве согласно предписанию закона еще в советскую эру. Эти величины стоимости и срока службы имеют мало сходства с истинными цифрами. Например, шестиэтажное здание ЦЗС оценивается в 2500 долларов США. Далее, так как по-видимому произвольные индексы инфляции для учтенных ценностей время от времени устанавливаются национальными органами власти, оборудование, приобретенное в разное время, подпадает под различные коэффициенты инфляционной индексации. Это приводит к бесполезности сравнения относительных стоимостей, внесенных в бухгалтерские книги ЦЗС. Для получения приемлемой оценки величины суммы начислений на износ здания и оборудования понадобилось бы определять восстановительную стоимость каждого предмета материально-технического снабжения, а также его

предполагаемый срок службы в случае с недавними приобретениями. Была предпринята попытка проделать это, однако определение восстановительной стоимости для всего оборудования ЦЗС оказалось делом, отнимающим чрезвычайно много времени и усилий. Поэтому анализ ограничивается оценкой степени только эксплуатационного самофинансирования в предоставлении услуг, а не всего самофинансирования.

- *Эксплуатационные (текущие) расходы.* Эксплуатационные расходы записываются для поликлиники и дневного стационара отдельно, однако отсутствуют субсчета для видов услуг в этих отделениях (например - гинекология, ультразвуковые обследования, лаборатория), которые позволили бы произвести более детальную разбивку расходов. Отсутствие компьютеризации делает подробный учет такого рода затруднительным.
- *Данные о поступлениях от потребителей.* Учет ежедневных или ежемесячных поступлений от потребителей не производится, хотя отдельные квитанции учитываются. Таким образом, для определения ежемесячного дохода от потребителей был применен отнимающий много времени и утомительный процесс, включающий в себя агрегирование отдельных поступлений по выборке за пять дней для каждого из двух выборочных месяцев с последующей экстраполяцией общей суммы за месяц.
- *Совокупный доход.* Кассовая наличность, полученная из всех источников (например - платежи потребителей, дотации на научные исследования, платежи предприятий по договорам, арендная плата съемщиков в здании ЦЗС) смешивается вместе. Это делается в целях удовлетворения потребностей администрации ЦЗС в информации о движении денежной наличности, но затемняет чистый доход от конкретной деятельности, например - предоставления услуг пациентам. Поэтому пришлось восстанавливать данные о поступлениях от потребителей так, как это описано в предыдущем пункте.
- *Поступления от предприятий.* Поступления и счета, получаемые от предприятий за услуги, оказанные их работникам, учитываются таким образом, что невозможно сочетать их с прямыми платежами (наличными деньгами) потребителей. Также невозможно отделить стоимость услуг, полученных работниками предприятий, от стоимости услуг, оплаченных непосредственно потребителями. Поэтому пришлось сравнивать поступления от прямых платежей со стоимостью услуг, оказанных всем пациентам, чтобы определить степень самофинансирования относительно издержек производства.
- *Социоэкономический статус.* Отдельные журналы врачей и отделений содержат такую информацию о пациентах: дата рождения, место жительства, род занятий, уплаченная сумма и, иногда, место работы. Таким образом определение социоэкономического профиля пациентов было возможным только по возрасту, месту жительства и роду занятий.

## 2.3 СБОР ДАННЫХ

Данная оценка была произведена на основе данных о финансах и предоставлении услуг, собранных в ЦЗС. Представители программы “ЗдравРеформ” провели длительные переговоры с главными руководителями ЦЗС; ознакомились с учреждением, в том числе с его основными подразделениями; просмотрели различные бухгалтерские книги и журналы, которые ведут главный бухгалтер, экономист, врачи и персонал лаборатории, а также встретились с основными представителями персонала, в том числе с ответственными должностными лицами-медиками, администраторами, медсестрами и работниками медицинской регистратуры.

Представители программы “ЗдравРеформ” также попросили составить таблицы на основе документов ЦЗС для изучения сезонности потребления услуг, распределения персонала по отделениям, количества процедур, выполненных отделением за год, а также механизма назначения цен. Из-за ограничений в наличии данных о поступлениях (см. выше) два месяца были избраны в качестве базисных периодов: апрель и октябрь 1994 года. Октябрь был последним месяцем, по которому имелись данные, а апрель был взят через интервал в полгода. Обладая этой базовой информацией представители программы “ЗдравРеформ” собрали в целях выполнения оценки программы самофинансирования следующие данные:

- *Полные расходы.* Информация о полных расходах по отделениям была получена от главного бухгалтера с разбивкой на категории расходов (зарплата, лекарства, поставки, обслуживание, электроэнергия и т.д.) для двух выбранных месяцев.
- *Структура платежей и порядок из взимания.* Был получен исполь зуемый в тот период прейскорт, а экономист рассказал о процедурах, применяющихся для установления цен, их индексации относительно инфляции, определения льготных категорий, освобожденных от платежей, и порядке оплаты.
- *Доходы от платежей потребителей.* Экономист предоставил подсчет платежей, полученных кассиром, с разбивкой по процедурам и отделениям для выбранных дней базисных месяцев.
- *Прочие доходы.* Главный бухгалтер представил суммы доходов по договорам с предприятиями и из других источников, например - доход от ренты (сдачи в наем) и прибыль аптеки ЦЗС, а также счетов, не подлежащих оплате, и льгот за 1994 год.
- *Исчисление издержек производства на единицу статистического учета.* Данные об издержках производства на единицу статистического учета были

собраны для трех обычно выполняемых процедур (колоноскопия, мини-аборт и обычная консультация ).

- *Социоэкономический профиль потребителей.* Данные собирались в журналах врачей в поликлинике (гинекология, эндокринология); в отделениях иммунизации, физиотерапии и ультразвуковых обследований; а также из одного из двух журналов из дневного стационара за один рабочий день. Получить подобную информацию из государственных клиник, оказывающих аналогичные услуги, не удалось.

## 2.4 ВИДЫ АНАЛИЗА

Методом проведения опросов руководства и персонала ЦЗС, а также наблюдений были осуществлены следующие виды качественного анализа:

- Процедуры регистрации пациента и получения оплаты
- Обеспечение медикаментами
- Процедуры учета
- Влияние законодательных ограничений на работу ЦЗС
- Настоящее состояние научных исследований в ЦЗС
- Система оплаты труда врачей ЦЗС
- Планы ЦЗС на будущее
- Информационные системы для управления финансовой деятельностью

Количественные методы использовались при изучении степени самофинансирования ЦЗС относительно эксплуатационных расходов, структуры платы за услуги, установления цен и их корректировки по отношению к темпам инфляции, а также социоэкономического статуса пациентов ЦЗС.

Анализ и подготовка таблиц были выполнены с использованием программного обеспечения “Excel”. Все цены и финансовая информация приводятся в украинских купонах по курсу на апрель месяц 1994 года (см. приложение В с методикой перерасчета) за исключением особо отмеченных случаев.

### **3. ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Полученные в процессе данной оценки результаты излагаются в следующем порядке: в первом разделе (3.1) приводится качественная информация об управлении ЦЗС, его работе и планах на будущее; во втором разделе (3.2) дается характеристика финансов. В обоих разделах отмечаются препятствия для успешной работы, специфические для ЦЗС. В случаях если эти препятствия затрагивают любого украинского поставщика услуг, желающего перейти на самофинансирование, это оговаривается особо.

#### **3.1 КАЧЕСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

##### **3.1.1 Регистрация пациента и взимание платы**

###### **3.1.1.1 Порядок, установленный в поликлинике**

По прибытию в ЦЗС пациенты могут в регистратуре ознакомиться с преискурантом на более чем 140 предлагаемых услуг (см. рис. 2 со схемой системы регистрации и взимания оплаты). Затем, еще до предъявления требования о внесении платы кассиру, пациенты могут получить консультацию у врача или медсестры. Если врач или медсестра прописывают курс лечения, пациент может заплатить в кассу до или после его завершения. Если даются направления на диагностические обследования, пациент обязан предъявить квитанцию от кассира, удостоверяющую факт оплаты, до получения результатов. Лекарства по выписанным рецептам могут приобретаться в аптеке ЦЗС, частной аптеке, работающей в вестибюле ЦЗС, или же за его пределами. Все аптеки работают на основе оплаты наличными (см. приложение С, в котором приводятся подробности функционирования системы регистрации и взимания оплаты).

Данная система не обеспечивает состояния, при котором пациенты, получающие услуги, обязательно вынуждены подходить к кассе для внесения платы. Однако, руководство ЦЗС не обеспокоено неплатежами пациентов. Возможно это объясняется тем обстоятельством, что более 85% пациентов являются постоянными клиентами и, естественно, они не хотят получить отказ в предоставлении услуг из-за неоплаченных счетов. Оплата до получения услуг проверялась на опыте в одном из отделений, однако пациенты отнеслись к этому неодобрительно, и подобная практика была прекращена. Более того, врачам ЦЗС трудно определить заранее, какая помощь может понадобиться, что делает оплату авансом неудобной.

###### **3.1.1.2 Система в дневном стационаре**

Большинство пациентов поступает в дневной стационар после консультации и обследования в поликлинике. Таким образом, для большинства его пациентов действуют описанные выше правила вместе с некоторыми, описанными ниже, особенностями.

Клиника предлагает два вида услуг, физиотерапевтические процедуры, составляющие часть курса лечения, и хирургические операции, проводимые в дневном стационаре.

Независимо от количества посещений, необходимых для каждого конкретного пациента, установлена фиксированная плата за весь курс лечения. Если требуются дополнительно лекарства или возникают осложнения, может потребоваться еще один курс лечения (и дополнительная оплата). Применяются гибкие методы внесения платы. Пациенты могут платить полностью или частями, до или после лечения.

Процедуры в дневном стационаре оцениваются выше, ибо они проводятся врачами, в то время как в поликлинике это может делаться ассистентами врача или медсестрами. Кроме того, в дневном стационаре пациенты могут получить бюллетень, дающий право на оплачиваемый отпуск для лечения, что исключается в случае прохождения лечения в поликлинике.

### 3.1.1.3 Взимание платы

Два раза в течение рабочего дня накопленная наличность изымается из кассы в соответствии с журналом. В конце рабочего дня кассир подает ежедневную выписку из журнала, где указываются фамилии пациентов и итоговая сумма полученных платежей. Этот документ служит в качестве реестра поступления наличности за день и к нему подкальзываются корешки квитанций каждого из пациентов. Три раза в неделю их собирает бухгалтер. Раз в месяц бухгалтер сверяет квитанции по журналам врачей.

График 2: Схема движения пациента



Рис. 2. Схема последовательности операций при обслуживании пациентов.

### **3.1.2 Услуги аптеки и их оплата**

В ЦЗС работает принадлежащая ему аптека, которая предлагает пациентам ограниченное количество лекарственных средств без ценовой накидки. ЦЗС приобретает эти лекарства в местных аптеках, а затем перепродает их без добавления суммы накладных расходов (площадь, коммунальные услуги, зарплата аптекаря и т.д.). Часто ЦЗС не имеет возможности приобретать лекарства оптом из-за ограниченности в ресурсах и/или отсутствия предложения со стороны оптовиков, что заставляет обращаться к розничным торговцам.

Предполагается, что платежи в аптеку ЦЗС должны ежедневно сдаваться в кассу и учитываться отдельно. Однако, анализ кассовых поступлений за выборочные 12 дней показал, что полученная аптекой выручка сдается не ежедневно, а скорее один раз за несколько дней. Такая практика затрудняет определение истинной выручки аптеки за один рабочий день.

Во второй расположенной в ЦЗС аптеке работает частный предприниматель, арендующий площадь в вестибюле. Эта аптека предлагает некоторые из лекарств, отсутствующие в аптеке ЦЗС. Пациенты могут также обращаться с выписанными им рецептами в любую другую аптеку. Независимо от аптеки цены приблизительно одинаковы.

ЦЗС планирует изготовление семи или восьми фармацевтических препаратов в своем здании. Однако, отсутствие правильной лицензии не позволяет приступить к производству и упаковке этих изделий. Полученные в результате возможности для поставок могли бы использоваться ЦЗС для продажи излишков на свободном рынке.

### **3.1.3 Договоры с предприятиями и мобильная медицина**

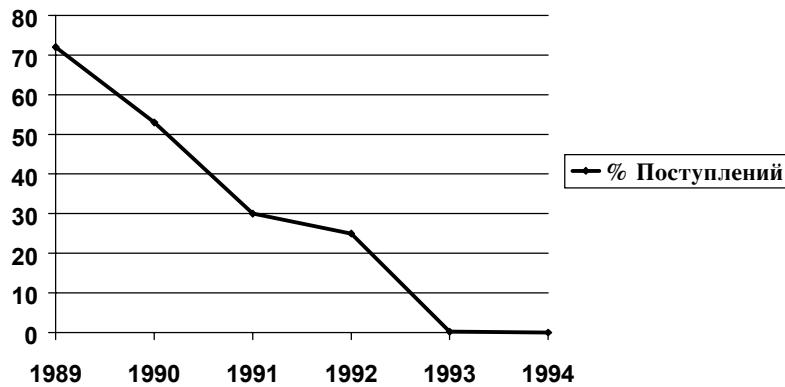
Сегодня все доходы ЦЗС от предоставления услуг по охране здоровья поступают в виде прямых платежей потребителей. Дополнительные доходы от оказания медицинских услуг поступают из платежей двух предприятий, которые имеют договоры с ЦЗС о предоставлении этих услуг их работникам. Как было отмечено выше, количество договоров между ЦЗС и предприятиями резко сократилось от 43 в 1990 году (максимальное количество договоров, см. рис. 3). Предприятия платят ЦЗС ежемесячно или ежеквартально на основе “гонорар за услугу” (без скидки) за работников, которым была оказана помощь.

ЦЗС оказывал медицинские и диагностические услуги в учреждениях и на предприятиях области при помощи передвижных амбулаторий с бригадой, в состав которой входили терапевт, гинеколог и специалисты по эндоскопии, а в случае необходимости и другие специалисты. В 1992 году работа передвижных бригад была прекращена, а транспортные средства были проданы.

### 3.1.4 Бухгалтерский учет

В ЦЗС действует система бухгалтерского учета, удовлетворяющая требованиям законодательства относительно налогообложения и охраны реального основного капитала ЦЗС. Учет реального основного капитала включает в себя показатель о том, кто из членов персонала отвечает за конкретную часть оборудования. Эта система использует официальные коэффициенты амортизации и инфляционной индексации, строго в соответствии с действующими законодательными актами. Однако, в последний раз официальная индексация производилась в августе 1993 г., несмотря на то, что в последующий период темпы инфляции были очень высокими. Требования законодательства и устанавливаемые государственными органами начальные стоимости, сроки службы и коэффициенты индексаций в совокупности значительно искажают суммы, приписываемые реальному основному капиталу ЦЗС. Все это делает информацию бухгалтерского учета неоценимой для правовых (фискальных) целей, но по существу практически бесполезной для принятия решений по менеджменту. (См. выше раздел 2.2, где более подробно освещается эта тема.) Требование законодательства вести бухгалтерский учет именно по этой системе является бременем для самофинансирующихся предприятий, так как она не предоставляет полезной для управления финансами информации.

**График 3: Процент поступлений от договоров с предприятиями, которые обслуживаются мобильными бригадами**



**Рис. 3. Процентное соотношение доходов от предоставляемых по договорам с предприятиями услуг.**

### 3.1.5 Законодательные ограничения

Кроме влияния на бухгалтерский учет положения законодательных актов препятствуют процессу установления цен, осуществляемого для стабилизации движения денежной наличности в условиях инфляции и поддержания возможности получать максимум из благотворительных взносов. Все эти

ограничения затрагивали бы всех производителей, работающих на основе самофинансирования. Помимо этого сами финансирующие себя производители все без исключения страдали бы от обычного тяжелого бремени налогообложения предпринимательства (см. ниже раздел 3.1.5.4).

### **3.1.5.1.        Ценообразование в условиях инфляции**

Законы позволяют устанавливать цену по затратам по нарицательной стоимости плюс надбавка в дозволенных пределах независимо от инфляции, которая может иметь место между приобретением вводимого фактора производства и его перепродажей или потреблением в процессе оказания услуг. Это значит, что ЦЗС не может установить цену, равную восстановительной стоимости (значительно более высокой чем закупочная цена) вводимых ресурсов, например - ваты, закупленной на несколько месяцев раньше ее потребления. В связи с этим ЦЗС не удается накопить наличность, достаточную для покупки новых запасов. Высокие темпы инфляции в последнее время сделали эту проблему особенно острой.

### **3.1.5.2.        Благотворительный фонд**

ЦЗС получает добровольные пожертвования в свой благотворительный фонд, за счет которого оплачиваются услуги, оказанные лицам, находящимся в тяжелом экономическом положении и освобожденным от оплаты (см. раздел 3.1.8). Пожертвования поступают в основном с предприятий. Пособия за счет взносов в благотворительный фонд значительно уменьшаются из-за обложения пожертвований налогом на добавленную стоимость и подоходным налогом (см. раздел 3.1.5.4.).

### **3.1.5.3.        Прибыли**

Национальное законодательство ограничивает прибыли, которые могут образовываться, в среднем 10 процентами стоимости услуг.

Местное законодательство Одесской области, заменяющее национальное, допускает среднюю прибыль в 15 %. Областные нормативные акты допускают, что прибыль на один отдельный вид товара может быть большей или меньшей 15 %, но средняя прибыль не может превышать 15 %. Одним из последствий такого законодательства является то, что оно мешает перекрестному субсидированию услуг (см. раздел 3.2.6).

### **3.1.5.4.        Налогообложение**

ЦЗС должен платить смешанные налоги (52%), взимаемые с суммы выплачиваемой зарплаты, которые предназначены для фондов социального обеспечения, (см. раздел 3.2.1), налог на добавленную стоимость (НДС) - 28 % доналоговой цены услуг, и 22% подоходного налога.

### **3.1.6 Научные исследования**

Научные исследования были основной деятельностью ЦЗС при финансировании в основном ассигнованиями из государственного бюджета. С уменьшением ассигнований из государственного бюджета они тоже пришли в упадок. Это очень беспокоит руководство ЦЗС, так как такое положение препятствует разработке новых методов и технологий диагностики и лечения. В прошлом благодаря научным исследованиям ЦЗС разрабатывал новые методы, что позволяло ему улучшать качество услуг и предлагать такие, каких не могли оказывать в других местах.

### **3.1.7. Механизм оплаты труда врачей**

В ЦЗС механизм оплаты труда отдельного врача опирается на обслуживании врачом минимального числа пациентов (норме).

Любой пациент, получивший помощь за пределами этой нормы, дает врачу право на добавочное вознаграждения. Невыполнение нормы имеет следствием перевод с полного рабочего дня на частичный, а низкая производительность в дальнейшем - к увольнению. Руководство ЦЗС проявляет обеспокоенность по поводу этой далекой от совершенства системы, которая может ухудшать положение врачей, обслуживающих пациентов,, которые нуждаются в дополнительном времени и помощи. Так как вознаграждение труда врачей не связано с количеством направлений на обследование или процедуры, выписанных пациентам, риск избыточного рецептирования, связанный со структурой оплаты по принципу "Гонорар за услугу" (см. раздел 3.2.4) уменьшается.

### **3.1.8 Освобождение от оплаты**

Ни одному из пациентов не отказывают в помощи из-за невозможности заплатить за нее. Неформальный механизм освобождения от оплаты действует в ЦЗС с самого начала его деятельности. Руководство ЦЗС гордится тем, что лечение пациентов осуществляется независимо от финансовых возможностей последних. Освобождения предоставляются от случая к случаю по усмотрению врача. Освобождения от оплаты могут предоставляться по нескольким причинам:

- 1) Если пациент предупреждает врача о своей неспособности уплатить, врач имеет возможность не назначать пациенту цену на некоторые из услуг (освобождение от части оплаты);
- 2) Нуждающиеся, жертвы Чернобыля, пенсионеры, ветераны и многодетные матери автоматически освобождаются врачом от платы за любую из услуг, и врач вступает в контакт с бухгалтером для того, чтобы плата за пациента была произведена из специального фонда; или
- 3) Пациент может попросить врача либо кассира о гибкой программе оплаты, например, частями или в рассрочку (N.B. в интересах пациента оплатить как можно быстрее, так как в результате инфляции цена возрастает).

В среднем ежемесячно 22 освобождения предоставляются беременным инвалидам, больным диабетом, ветеранам, пенсионерам и многодетным матерям. Руководство ЦЗС считает, что эти освобождения обходятся в 5-6 процентов дохода. Поступления для восполнения фонда, использованного для платы за пациента из этих льготных категорий, получаются из прибылей ЦЗС, а также из пожертвований предприятий и отдельных лиц в благотворительный фонд (см. раздел 3.1.4.2).

### **3.1.9. Планы ЦЗС**

В ЦЗС хотят разработать план страхования в целях улучшения своей финансовой стабильности. Также есть желание открыть филиал в находящемся поблизости Ильичевске. В следующих ниже разделах описываются эти планы и производится предварительный анализ их выполнимости.

#### **3.1.9.1. Развитие страхования**

В ЦЗС хотели бы создать страховую компанию совместно с Одесским медицинским университетом. Дирекция ожидает,, что подобная программа страхования помогла бы обеспечить ЦЗС в финансовом отношении. Страхование правильно воспринимается как один из способов сглаживания финансовых потоков, особенно в сравнении с надеждой на прямые платежи потребителей. Однако, ряд вопросов, связанных с реализацией программы страхования понимаются руководством ЦЗС хуже. Среди этих вопросов:

- Потребность в страховании у соответствующих групп (с предсказуемым риском) на виды услуг, представляемых ЦЗС
- Степень, в которой страхование какой-либо группы населения заменит потребность в прямых платежах с учетом увеличения спроса
- Необходимость учета состояния здоровья и связанного с ним финансового риска у охваченной группы или групп при планировании программы страхования
- Потребность в финансовом капитале для ввода в действие программы страхования
- Потребность в информации об издержках производства для вычисления цены страховки

#### **3.1.9.2. Филиал в Ильичевске и услуги на дому**

В ЦЗС планируется открытие филиала в Ильичевске (население - приблизительно 200 тыс. чел.). В ЦЗС понимают потребность в услугах в прилегающей к городу зоне, а также незначительный, но растущий спрос на услуги на дому со стороны хорошо обеспеченных слоев населения. В связи с тяжелой экономической ситуацией поездки из Ильичевска в Одессу стали затруднительными из-за сокращения автобусных маршрутов и роста стоимости горючего. Это подтверждается уменьшением числа пациентов из Ильичевска в журналах ЦЗС. В то же время спрос на услуги на дому медленно растет. Оба эти

факта рассматриваются как возможности получения дополнительного дохода для ЦЗС. Хотя в ЦЗС не имеют ни количественной оценки спроса, ни финансовой информации о степени вероятности успеха в расширении предложения услуг на Ильичевск, имеющаяся информация о качественных аспектах показывает, что успех вероятен. ЦЗС обладает избытком оборудования, которое можно было бы применить в ильичевском филиале, а издержки при оказании услуг наверное не будут отличаться от издержек в Одессе. Финансовый анализ в следующем ниже разделе 3.2 показывает, что такие издержки позволяют ЦЗС даже резко сократить эксплуатационные расходы. Кроме того, пока что утраченные Одесским ЦЗС клиенты, которые приезжали из Ильичевска и оплачивали услуги из своего кармана,, могут оказаться хорошей клиентурной базой. Рынок услуг на дому хорошо обеспеченным заслуживает, кажется, более глубокого изучения со стороны ЦЗС в целях определения его масштабов, а также издержек при его обслуживании, ибо цены на этом рынке должны по крайней мере обеспечить работу на беспроблемно-безубыточном уровне.

### **3.1.10. Информация для управления финансами**

Финансовая информация, которая в установленном порядке собирается персоналом ЦЗС, обрабатывается недостаточно для того, чтобы получать ее в форме, пригодной для принятия управленческих решений. Например, в настоящее время трудно получить информацию о:

- числе пациентов, обслуживаемых отделением за рабочий день или месяц (эти цифры можно извлечь из собранной в заведенном порядке информации, но для этого нужно применить много усилий);
- услугах, оказанных конкретному пациенту, включая оплаченные им;
- общем ежедневном доходе по отделению или от процедуры;
- количестве освобождений от оплаты за рабочий день или месяц.

Бухгалтерский учет ведется в форме кассового журнала, куда не заносятся ни получаемые счета (в случае оплаты предприятиями услуг для их работников), ни освобождения от оплаты. Эти учетные документы ведутся отдельно по обеим категориям. Неясно, можно ли выделить квитанции оплаты по счетам из прочей полученной кассовой наличности. Оплата по счетам обычно имеет место через некоторое время после оказания услуг. Таким образом,, трудно определить количественно степень эффективности самофинансирования, так как кассовые квитанции в данный период не всегда соответствуют времени оказания услуг. Кроме того, в поликлинике доходы от стоматологических услуг и от аптеки не распределяются по отдельным статьям среди прочих услуг.

Учетные документы кассы, получаемые от кассира, не приведены в стандартную форму, например, доход от стоматологических услуг не выделен в отдельную статью учета среди прочих услуг поликлиники и дневного стационара, а указывается общая сумма без данных об оказанных услугах и их количестве.

## 3.2 КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

### 3.2.1. Эксплуатационные расходы

ЦЗС ведет учет расходов по категориям и отделениям. В таблице 1 и на рис.4 и 5 представлена разбивка затрат по отделам для двух месяцев - апреля и октября 1994 года. Категориями расходов являются запасы (вата, спирт и т.д.), зарплата медперсонала, отчисления в общественные фонды (налог на зарплату, составляющий 52 %, выплачиваемый за счет окладов, идет в фонд социального страхования (37 %), Чернобыльский фонд (12 %), и фонд безработицы (3 %), другие прямые затраты (выполнение лабораторных работ по контрактам) и накладные расходы, включающие зарплату работникам, не относящимся к медперсоналу, затраты на проведение административно-хозяйственных работ, коммунальные услуги и т.д.

**Таблица 1: Эксплуатационные расходы на апрель и октябрь 1994 (в млн. крб. на апрель 1994)**

	Месяц	Запасы	Зарплата	Отчисления в фонды	Другие прямые затраты	Накладные расходы	Сумма
Поликлиника	апр	14,1	30,1	15,6	34,6	71,6	166,0
	окт	15,5	37,4	19,5	64,1	97,2	233,6
Стационар	апр	9,1	11,5	6,0	0,0	21,4	47,9
	окт	3,1	9,1	4,7	0,0	13,2	30,2
Сумма	апр	23,2	41,5	21,6	34,6	93,0	213,8
	окт	18,6	46,5	24,2	64,1	110,4	263,8

Фактические (с поправкой на инфляцию) эксплуатационные расходы составили 214 млн. крб. в апреле и 264 млн. крб. в октябре. При конвертировании в доллары США по курсу на апрель 1994 года (33396 крб.=1 долл.США), месячные расходы составили 6400 и 7900 долларов соответственно.

Накладные расходы в обоих месяцах составляют около 42% от общих затрат. В обоих месяцах основной статьей накладных расходов были зарплаты работников, не относящихся к медперсоналу (включая их налог на зарплату). Оплата коммунальных услуг и топлива составила около четверти от общей суммы, в то время, как затраты на материалы и запасы составили около 10%. Общий налог на зарплату составил 18% от общих затрат.

График 4: Операционные затраты в октябре 1994 г.

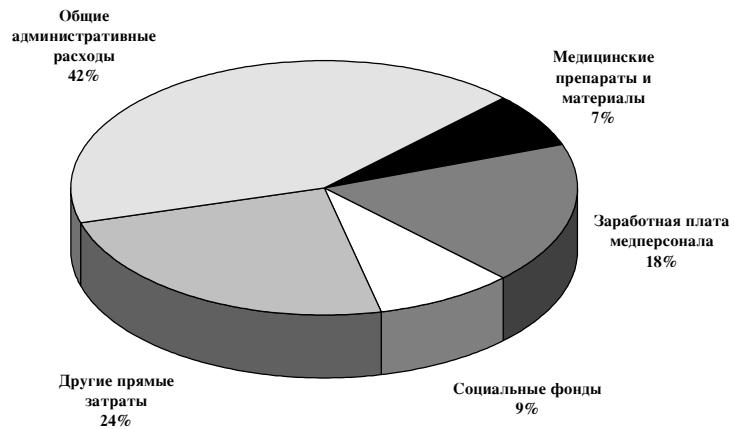


Рис. 4. Эксплуатационные расходы за октябрь 1994 г.

График 5: Операционные затраты в Апреле 1994 г.

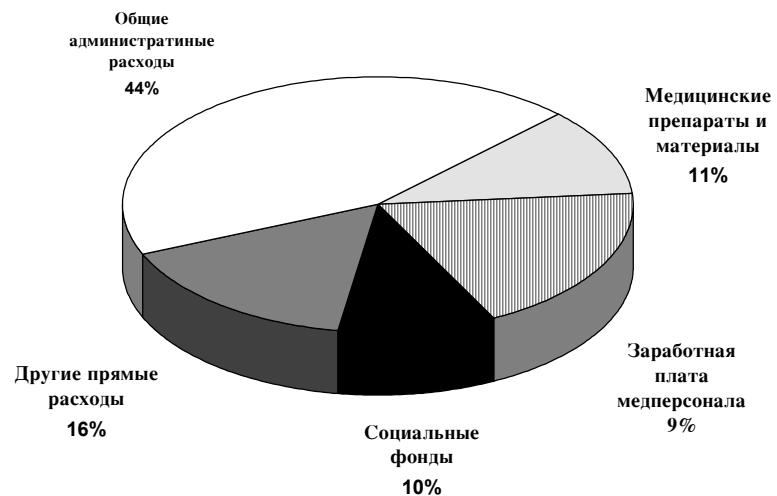


Рис. 5. Эксплуатационные расходы за апрель 1994 г.

### **3.2.2. Доходы, полученные за счет платежей клиентов**

Фактический доход, который, согласно оценкам, был обеспечен за счет платежей клиентов (см. раздел 2), представлен в Таблице 2.

**Таблица 2: Ориентировочный месячный доход за счет платежей клиентов (в млн. крб. на апрель 1994)**

	Апрель		Октябрь	
	крб.	%	крб.	%
Поликлиника	215,3	79	207,7	84
Стационар	58,7	21	40,9	16
Сумма	273,9	100	248,6	100

При конвертировании в доллары США месячные доходы составляют около 8200 долл. США в апреле и 7400 долл. США в октябре. В данной оценке месячных доходов не учитывались причитающиеся поступления от предприятий за услуги, предоставленные их работникам. Таким образом, вышеупомянутые ориентировочные месячные доходы представляют заниженную оценку доходов за счет оплаты услуг здравоохранения.

Ниже приводятся результаты анализа основных видов деятельности (предоставление услуг здравоохранения) ЦЗС. Другие виды деятельности и финансовые операции (напр. исследования, участие в совместных предприятиях) хотя и влияют на поступления наличности, собственный капитал, состав собственности и т.д., они затемняют основную финансовую деятельность ЦЗС. Таким образом, что касается доходов, то в данном случае принимаются в расчет только доходы, получаемые за счет платы, взимаемой с клиентов. Доходы, получаемые за счет других видов деятельности, таких, как работа аптеки, содействие в проведении научных исследований и сдача в аренду помещений ЦЗС под офис в данном отчете не рассматриваются.

### **3.2.3. Самофинансирование эксплуатационных расходов**

Для определения, в какой степени ЦЗС покрывает свои эксплуатационные расходы, в таблице 3 дано сравнение расходов с доходами, получаемыми за счет платы, взимаемой с клиентов. Результаты показывают, что ЦЗС может иметь достаточный общий доход, для того, чтобы полностью покрывать свои затраты в апреле, и почти достаточный доход для покрытия затрат в октябре.

Как отмечалось, выше, доходы от платы клиентов, представленные в таблице 3, не включают платежи предприятий. Поэтому данные результаты, приведенные в таблице, занижают степень самофинансирования эксплуатационных расходов. Данные результаты представляют большую важность, поскольку многие наблюдатели относятся скептически к финансовой жизнеспособности высококачественных услуг здравоохранения, которые предоставляют находящиеся на самофинансировании организации. Многие скептики утверждают, что источники доходов ЦЗС, полученные не за счет платежей клиентов, используются

для перекрестного субсидирования предоставляемых медицинских услуг. Другие статьи доходов, включающие сдачу в аренду помещений, пожертвования от оказывающих поддержку организаций, выручка от продажи неиспользуемого оборудования и новые инвестиции действительно составляют определенную часть в общей сумме доходов ЦЗС. Однако, как показывают результаты анализа, приведенные в таблице 3, платежи клиентов за оказанные им медицинские услуги достаточны для покрытия большей части эксплуатационных расходов ЦЗС, связанных с предоставлением этих услуг.

Эксплуатационные расходы, однако, не являются полными затратами, поскольку они не учитывают стоимость капитала, используемого в предоставлении услуг. Опять же, как отмечалось выше (раздел 2.2), в ходе изучения не было возможности провести оценку капитала ЦЗС. В том случае, когда доходы за счет платежей клиентов превышают эксплуатационные расходы (напр. отделение стационара как в апреле, так и в октябре), платежи клиентов за услуги здравоохранения, предоставленные ЦЗС, помимо эксплуатационных, покрывают, по меньшей мере, часть капитальных затрат. Что касается поликлиники, то в октябре ни эксплуатационные, ни капитальные затраты не были полностью покрыты. В короткий период времени, особенно в условиях экономического кризиса, чрезвычайно важно компенсировать эксплуатационные затраты. В отношении долгого периода времени, если капитальные затраты не будут компенсированы, ЦЗС не сможет проводить ремонт здания и заменять изнашиваемое оборудование.

**Таблица 3: Сравнение эксплуатационных затрат и доходов, получаемых за счет платы клиентов (в млн. крб. на апрель 1994)**

	Апрель			Октябрь		
	Доход, получаемый за счет платы клиентов	Эксплуатационные затраты	Доход в % к затратам	Доход, получаемый за счет платы клиентов	Эксплуатационные затраты	Доход в % к затратам
Поликлиника	215	166	130	208	234	89
Стационар	59	48	123	41	30	135
Сумма	274	214	128	249	264	94

Приведенные в таблице результаты показывают, что по сравнению с апрелем, в октябре показатели самофинансирования стационара улучшились. Что касается поликлиники, то здесь наблюдаются обратные результаты, показывающие уровень самофинансирования менее 100 %. Фактический доход поликлиники несколько снизился, однако затраты возросли значительно (на 41 %), тем самым снизив уровень самофинансирования ниже нулевой отметки. Столь резкий скачок в уровне затрат связан с 83%-ным увеличением других прямых затрат и 25%-ным повышением затрат и отчислений в различные фонды. Увеличение других прямых затрат связано с необходимостью проведения большего числа лабораторных работ за пределами ЦЗС ввиду отсутствия возможности ремонта лабораторного оборудования и обеспечения реагентами. Что касается отделения стационара, то в этом случае и доходы, и затраты сократились (на 31 и 37 % соответственно), а показатель степени самофинансирования улучшился. При имеющейся информации не представляется возможным определить, почему произошли эти изменения и

означают ли они какую-либо тенденцию. Для этого необходимо провести дополнительное исследование и наблюдение.

### **3.2.4. Структура платежей**

Прейскурант ЦЗС содержит расценки на 140 видов услуг. Структура данного прейскуранта предполагает взимание платы за каждый вид услуг, при чем каждая предоставленная услуга должна оплачиваться отдельно. Тенденция, присущая некоторым системам оплаты за каждую услугу, когда назначается большее, чем следует, число анализов, процедур и лекарств, не относится к ЦЗС, поскольку зарплата персонала не зависит от числа проводимых процедур (см. раздел 3.1.6).

### **3.2.5. Уровень цен**

В таблице 4 представлены расценки на некоторые обычные виды услуг. Самый дорогой вид услуг в ЦЗС составляет 900 000 крб. (6,92 долл. США), в то время как услуги, предоставляемые лабораторией, составляют около 45 000 крб. (0,33 долл. США). Средние затраты на одного пациента составляют 280 000 крб. (2,15 долл. США). Среднее число процедур на одного пациента составляет 1,4. При рассмотрении данных цифр в перспективе, ориентировочный доход на душу населения в Украине в 1994 году составляет ориентировочно 1820 долл. США. (Данные Всемирного Банка за 1994 год.). Доход, получаемый в наличных намного меньше, так как цифры, представленные Всемирным Банком, включают стоимость субсидий, а также товаров и услуг, получаемых в натуральном виде, включая жилище, отопление, свет, телефон и транспорт.

**Таблица 4: Расценки на 5 традиционно оказываемых видов услуг в Центре здоровья семьи на ноябрь 1994 (в крб. на ноябрь 1994).**

Вид услуг	Расценки в (крб.)	Эквивалент в долл. США*
Консультация	100 000	0,77
Мазок	40 000	0,31
Ультразвуковая диагностика	150 000	1,15
Мини-аборт	900 000	6,92
Эндоскопия/колькоскопия	87 000	0,70

\* В ноябре 1994 обменный курс составлял 130 000 крб. за 1 долл. США.

### **3.2.6. Установление расценок**

Когда в 1988 году ЦЗС только начинал свою деятельность, то клиентам предлагалось ограниченное число услуг и требовалось установить только 15 расценок. Расценки были установлены согласно методике, разработанной в Москве, с помощью которой предпринимались попытки учитывать необходимые затраты. В настоящее время используется разновидность данной методики установления

расценок (см. далее по тексту). При установлении расценок ЦЗС учитываются следующие статьи расходов:

- Материалы и запасы (вата, спирт и т.д.);
- Зарплата работникам, участвующим в оказании услуг (напр. врачам, медсестрам, специалистам);
- Дополнительные зарплаты персоналу;
- Налог на зарплату для различных фондовых отчислений
- Накладные расходы (коммунальные услуги: водоснабжение, электричество и т.д.; зарплаты работников, не относящихся к медперсоналу и налог на зарплату; амортизация немедицинского оборудования и амортизация здания; а также:
- Затраты на обслуживание и использование медицинского оборудования, применяющегося в предоставлении данной услуги.
- Допустимая прибыль
- Налог на добавочную стоимость (28 % от указанного выше)

Министерство здравоохранения СССР, находившееся в Москве, установило нормы времени для персонала и медицинского оборудования, которые должны учитываться в определении расценок. В таблице 5 представлен пример данного метода установления расценок, применяемого ЦЗС.

В таблицах 9, 10 и 11 приложения D показано, каким образом расчитываются затраты на материалы, зарплату персонала и амортизационные отчисления, приведенные в таблице 5.

Методология, используемая в установлении расценок, в общем представляется обоснованной. Тем не менее, нормирование времени работы персонала и оборудования, а также произвольно выбранная стоимость и срок службы здания и оборудования искажают величину затрат, используемых в данном методе ценообразования. Стоимость затрат могла бы быть определена более точно, если бы оценивалось фактическое время, специализация работников и тип используемого оборудования, а также реальная восстановительная стоимость и срок жизни здания и оборудования.

ЦЗС продолжал пользоваться тем же методом ценообразования, даже когда число предлагаемых услуг увеличилось почти до сегодняшнего уровня, составляющего 117 наименований. Однако, когда инфляция достигла высоких темпов и вышла из под контроля, тщательное и методическое применение данной системы ценообразования потеряло практический смысл. Это обстоятельство усугубляется тем фактором, что ЦЗС не имеет в своем распоряжении автоматизированных средств бухгалтерского учета и контроля. В настоящее время, в условиях продолжающейся инфляции, в установлении расценок ЦЗС более полагается на приблизительные оценки увеличения стоимости затрат и собственную интуицию относительно платежеспособности пациентов, а не формальную методику. Это является единственным практическим решением на короткий период времени.

### **3.2.7 Корректировка расценок в связи с инфляцией**

ЦЗС производит корректировку своих расценок с учетом инфляции только следуя законодательству, согласно которому повышается уровень заработной платы в доминирующем государственном секторе. Повышение расценок регулируется почти пропорционально к повышению заработной платы согласно законодательству. В период с ноября 1993 по октябрь 1994 цены повысились 5 раз с последующими повышениями заработной платы согласно соответствующим законодательным документам.

Сравнение уровня инфляции и увеличение расценок ЦЗС в период с ноября 1993 по октябрь 1994 (рис. 6) показывает, что расценки ЦЗС повысились параллельно уровню инфляции.

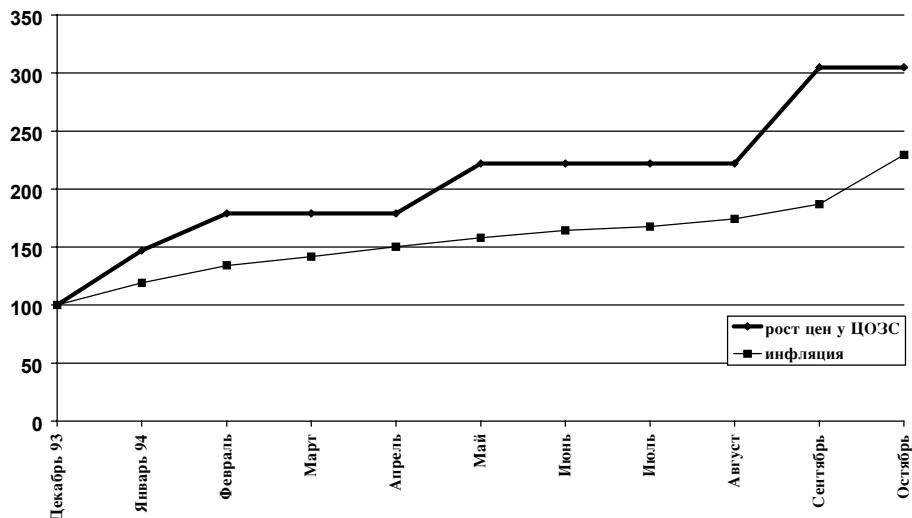
Результаты анализа числа консультаций в месяц до и после пяти изменений цен, показывают, что никакого уменьшения числа консультаций в периоды после повышения расценок не произошло. В трех случаях число консультаций возросло. В одном случае не было достаточных данных для того, чтобы определить тенденцию.

### **3.2.8. Демографический и социально-экономический профиль пациентов**

ЦЗС старается предложить свои услуги широким слоям населения. Для того, чтобы заведение было общедоступным, ЦЗС оказывает бесплатные услуги малоимущим категориям граждан (см.раздел 3.1.7.). Для получения представления об общем социально-экономическом профиле клиентов, были использованы журналы врачей ЦЗС. Возможности получения сравнительной информации о пользователях аналогичных услуг в бесплатных государственных медицинских учреждениях не представилось. Таким образом, собранная информация должна рассматриваться как основание для возможных сравнений в будущем.

Социально-экономическая информация была получена на основании 131-ой отобранный из журналов врачей записи о пациентах. Социально-экономический профиль показан в Таблице 6 (более детально таблицы 6 и 7 представлены в приложении Е). Более 60% пользователей услуг ЦЗС - высокопрофессиональные работники и домохозяйки - категории, имеющие повышенный социально-экономический статус. К остальным категориям относятся работники средней квалификации, студенты и несколько пенсионеров.

**График 6: Сравнение темпов роста цен на услуги центра охраны здоровья семьи и инфляции**



**Рис. 6. Расценки в ЦЗС и инфляция**

**Таблица 5: Расценки на проведение эндоскопии в ЦЗС в 1989 г. (в рублях)**

Услуга	Запасы	Зарплата медперсонала	Дополн. зарплата	Налоги на зарплату	Накладные расходы	Амортизация оборудования	Сумма затрат	Прибыль	Итого	НДС	Тариф
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Источник	см.Таб.	см.Таб.10	(2)x0,10	(2)+(3)x	бухгалтерск.	См.Таб. 11	сумма с	(7)x0,1	(7)+(8)	(9)x0,28	(9)+(10)
Эндоскопия	9	5,43	0,54	0,52	отчеты		(1) по (6)				
	0,34			3,10	5,43	0,05	14,89	1,49	16,38	4,59	20,97

Отчисления в фонды составляют следующие вычеты из зарплаты: 37% - социальное страхование, 12% - фонд Чернобыля, 3% - Фонд безработицы.

**Таблица 6: Сводка о категориях пользователей услуг ЦЗС согласно профессии/социальному положению**

Профессия/положение	Число	В процентном отношении
Работники высшей квалификации	31	24
Домохозяйки	50	38
Работники средней квалификации	21	16
Пенсионеры и студенты	29	22
<b>ИТОГО</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Возрастной профиль пользователей представлен в Таблице 7. Как и ожидалось, возраст основной группы пациентов составляет 20-29 лет. Пациенты, имеющие возраст 35 лет и старше, составляют 17 %.

**Таблица 7: Возрастной профиль пользователей услуг ЦЗС**

Возрастная группа (лет)	Число	В процентном отношении
15-19	18	14
20-24	46	35
25-29	26	20
30-34	24	18
35-39	7	5
40 и более	15	11
<b>ИТОГО:</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Сводка о месте проживания пользователей услуг ЦЗС представлена в Таблице 8. (NB. Данные результаты получены на основании анализа большего числа отобранных данных, чем в предыдущих таблицах). Подавляющее большинство проживает в городе Одессе, однако остальная часть пациентов, проживающих за пределами Одессы (20%), также имеет большое значение.

**Таблица 8: Сводка о месте проживания пользователей услуг ЦЗС**

Место проживания	Число	В процентном отношении
г.Одесса	109	80
20-40 км от Одессы	20	15
более 40 км от Одессы	7	5
<b>ВСЕГО</b>	<b>136</b>	<b>100</b>

## **4. УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ОПЫТА ЦЗС**

На основании опыта самофинансирования ЦЗС можно извлечь следующие уроки:

### **4.1 ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ**

Опыт ЦЗС показывает, что самофинансирование эксплуатационных затрат на предоставление высококвалифицированных услуг амбулаторным больным является экономически обоснованным (см. раздел 3.2.3). Даже в условиях кризиса, связанного с переходом экономики на рыночные отношения, ЦЗС оказался в состоянии покрыть большую часть своих эксплуатационных расходов. В более стабильных экономических условиях самофинансирование эксплуатационных расходов будет осуществляться без особых трудностей.

В виду существующих трудностей в оценке стоимости основного капитала, не представляется возможности определить, в какой мере ЦЗС финансирует общие (эксплуатационные и капитальные) затраты. Прибыль, полученная после вычета эксплуатационных затрат отделениями ЦЗС (за исключением поликлиники) в октябре 1994 г., указывает на то, что некоторая часть капитальных затрат покрывается за счет платежей клиентов.

### **4.2. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

ЦЗС пытается добиться экономической эффективности своей деятельности посредством выплаты зарплаты врачам и другому персоналу в зависимости от уровня их квалификации, а также с помощью понижения в квалификации и увольнения работников, проявивших низкие профессиональные качества (см. раздел 3.7.1.). Недостаточность финансовой информации (разделы 2.2. 3.1.4 и 4.5) затрудняет возможность оценки, в какой степени уровень расценок соотносится с предельным уровнем затрат. Отсутствие возможности без труда восполнить эту информацию, не говоря уже о ее быстром предоставлении по требованию руководителей, указывает на то, что, вероятно существует большой скрытый потенциал улучшения экономических показателей работы ЦЗС.

### **4.3 РАВНОЕ ПРАВО ДОСТУПА**

ЦЗС проводит ряд мероприятий для того, чтобы обеспечить равное право доступа для всех. ЦЗС не взимает платы за свои услуги, предоставляемые малоимущим категориям граждан (см. раздел 3.1.8), и для компенсации утерянных прибылей нуждается в благотворительных пожертвованиях (см. раздел 3.1.5.2). Также, для некоторых пациентов отделения стационара, где за проведенный курс лечения взимается фиксированная плата (см. раздел 3.2.8), существует перекрестное субсидирование. Несмотря на это, очевидно, что значительная часть пациентов ЦЗС относится к категориям, имеющим повышенный социально-экономический статус (см. 3.2.8).

## **4.4 КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Профессионализм работников ЦЗС и качество предоставляемых ими медицинских услуг имеют высокую репутацию. Нехватки некоторых видов медицинских препаратов в результате общеэкономического кризиса (см. раздел 3.2.3) может, в некоторой степени, повредить качеству услуг. Сокращение государственного финансирования научно-исследовательских работ может оказать негативное воздействие на возможность повышения качества в будущем (см. раздел 3.16.).

## **4.5 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ**

Руководство и работники ЦЗС не знакомы со сложными методами управления финансами (см. разделы 2.2 и 3.1.4). Тем не менее, все финансовые вопросы успешно решаются благодаря общему уровню их образованности, а также интуиции. В оплате работы персонала ЦЗС использует новаторские методы, поощряя врачей и работников лаборатории за их работу. ЦЗС также внес ряд необходимых поправок с учетом экономического кризиса, которые, несмотря на ограниченную информацию о финансах, являются существенными. Ведомости ведутся согласно установленному порядку. Также ведутся подробные ведомости доходов и затрат. Однако, ни данные бухгалтерского учета, ни информация по финансовым операциям не обрабатываются таким образом, чтобы оказаться чрезвычайно полезными при принятии решений. Успешное решение всех финансовых вопросов ЦЗС без данной информации поистине удивительно. При дополнительной подготовке руководства и персонала и при наличии соответствующих финансовых механизмов, финансовая деятельность ЦЗС могла бы осуществляться на еще более высоком уровне.

## **4.6 ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ СРЕДА**

Существующая законодательная среда во многих случаях препятствует успешному самофинансированию медицинских услуг (см. разделы 3.1.4 и 3.1.5). Устаревшие и нереалистичные правила учета стоимости материальных фондов означают, что информация по бухгалтерскому учету, составляемая в соответствии с требованиями соответствующего законодательства, является бесполезной в принятии решений. Нормы ценообразования подрывают возможность обеспечения зарабатывать достаточно наличности для покрытия затрат и использования перекрестного субсидирования при предоставлении медицинских услуг.

## **5. РЕКОМЕНДАЦИИ**

Рекомендации, выработанные на основе проведенного изучения, относятся к двум типам: рекомендации для руководства ЦЗС и рекомендации для украинских органов здравоохранения относительно целесообразности и методов расширения степени самофинансирования медицинских услуг.

### **5.1 РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РУКОВОДСТВА ЦЗС**

#### *1. Усовершенствование системы управления финансовой информацией.*

С дальнейшим усовершенствованием системы управления финансовой информацией (СУФИ). ЦЗС сможет обрабатывать информацию, уже регистрирующуюся в установленном порядке, с тем, чтобы затем использовать ее в принятии повседневных и стратегических решений. Таким образом будут производиться ежемесячные финансовые отчеты, отражающие текущее финансовое положение ЦЗС и позволяющие производить наблюдение, в какой степени отделения (центры затрат) получают доход, достаточный для покрытия затрат. С помощью такой системы СУФИ также можно было бы проводить специальные анализы, результаты которых использовались бы при принятии стратегических решений, как, например, расширение или сужение определенного вида услуг, приобретение дополнительного оборудования и оценка новых видов деятельности ЦЗС. Для дальнейшего усовершенствования СУФИ, ЦЗС было бы необходимо техническое содействие, обучение руководящего и административно-хозяйственного персонала, оказание помощи в приобретении аппаратной и программной части компьютерного оснащения.

В конкретном плане, регистрационные книги пациентов, имеющиеся во всех отделениях (в поликлинике, включая отделение диагностики/лабораторию, отделениях иммунизации, физиотерапии, сонограмм и стационара), должны иметь один стандарт и содержать данные одного рода, включая вид деятельности пациента и предприятие-работодатель. Такие данные были бы полезными при принятии руководством решений относительно дальнейшего расширения деятельности, и указывали бы, какие именно услуги приносят самый большой доход (в сравнении с затратами). Данная информация позволила бы контролировать общие затраты на проведение серии процедур для пациента. Эта информация могла бы также оказаться полезной в разработке программы страхования, основывающейся на установлении расценок на пакет предоставляемых услуг.

Далее, формы, которые выдаются пациентам для лабораторных анализов или других диагностических исследований (сонограммы) должны иметь один стандарт и при предоставлении кассиру содержать четкую информацию относительно отделения, предоставившего медицинские услуги, вид услуг и их стоимость. Такие формы должны быть разработаны при участии ответственного персонала и могут содержать перечень проведенных процедур, диагностических исследований и дальнейших действий. Многочисленные копии таких форм могут быть сделаны для врачей, лаборатории или отделения ультразвуковой диагностики, и для кассира.

Для руководства должны регулярно (еженедельно, ежемесячно, ежеквартильно и ежегодно) составляться отчеты с указанием пунктов в соответствии с разделом

### **3.1.10, а также с указанием сумм причитающихся платежей.**

Для информации, необходимой для ценообразования и выработки стратегических решений, ЦЗС мог бы составить и вести ведомости счетов, реально отражающих стоимость материальных активов. Для оценки зданий и оборудования могли бы быть использованы восстановительная стоимость и реальный срок жизни. Это также позволило бы оценить, в какой степени происходит самофинансирование общих затрат, и обеспечило бы информацией для принятия решений относительно расширения или сужения определенных видов услуг и т.д.

#### **2. *Выяснение причины значительного повышения уровня эксплуатационных затрат в работе поликлиники в октябре 1994 г.***

Значительное повышение эксплуатационных затрат в работе поликлиники в октябре 1994 г. (см. раздел 3.2..3) понизило уровень доходности ниже нулевой отметки. Большое (83%) увеличение фактических других прямых затрат представляется главной причиной проблемы. Необходимо детально рассмотреть вопрос, как эти затраты могут быть уменьшены, или следует повысить расценки, чтобы общие эксплуатационные затраты были компенсированы. Необходимо также осуществлять контроль данной ситуации.

#### **3. *Разработка экспериментальной программы страхования, как механизма развития системы страхования в области.***

Выступающий в качестве лидера в проведении реформ в Одесской области, ЦЗС занимает достаточно хорошую позицию для того, чтобы приступить к разработке программы медицинского страхования. Проведение такой программы имело бы для ЦЗС прямую выгоду, так как с ее помощью были бы разработаны новые методы оплаты, что способствовало бы привлечению новых клиентов и поступлению новых доходов. Для разработки и экспериментального исполнения программы страхования, ЦЗС нужно найти группу (как, например, группу работников Одесского порта или преподавательского состава и обслуживающего персонала Одесского Медицинского Университета), с целью страхования медицинского обслуживания. Для разработки и внедрения экспериментальной программы, ЦЗС и группе, которую он будет страховать, возможно потребуется техническое содействие, дополнительное обучение и финансовая помощь. Возможность успешной реализации экспериментальной программы увеличилась бы с усовершенствованием СУФИ (см. рекомендацию 1). Внешняя финансовая поддержка могла бы использоваться для реализации программы гарантий от финансового риска на период осуществления экспериментальной программы ЦЗС и страхуемой группы. Уроки, полученные в ходе реализации программы, могут в последствии быть использованы государственными и одесскими органами здравоохранения в разработке более широкой системы медицинского страхования.

#### **4. *Реализация планов открытия филиала ЦЗС в пригороде Одессы.***

Планы относительно открытия филиала ЦЗС в Ильичевске представляются обоснованными. Данный филиал будет оказывать необходимые медицинские услуги, являющиеся в данном районе дефицитными, и попытается внедрить систему самофинансирования ЦЗС. Далее, с открытием филиала предоставляются следующие возможности: использование информации из усовершенствованной

СУФИ для содействия в принятии решений относительно масштаба и объема операций, применение новых методов оценки потребительского спроса и маркетинга услуг ЦЗС, а также, возможно, улучшение общего финансового здоровья ЦЗС. ЦЗС может осуществить учреждение филиала без внешней финансовой поддержки. Однако, для оптимизации процесса принятия решений в этом мероприятии, могла бы оказаться полезным усовершенствованием СУФИ, а также обучение персонала и техническое содействие в применении новых методов проведения маркетингового исследования и оценки спроса, включая определение целевых групп и проведение обзорных исследований.

5. *Изучение спроса на оказание медицинских услуг на дому.*

Очевидно, что существует определенный рынок медицинских услуг, оказываемых на дому (см. раздел 3.1.9) ЦЗС следует изучить размер этого рынка путем анкетирования пациентов относительно их заинтересованности в таких услугах и степени готовности оплачивать их, а также путем определения целевых групп или проведения обзорных исследований граждан, не являющихся пациентами ЦЗС, для которых такие услуги могли бы представить интерес. Для определения соотношения между уровнем доходов и затрат, ЦЗС следует также провести оценку затрат, связанных с предоставлением таких услуг. В том случае, если спрос на медицинские услуги на дому достаточно большой, а сумма, которую клиент мог бы заплатить за предоставление таких услуг больше затрат или равна затратам, такие услуги следует предложить.

6. *Обучение руководящего и административно-хозяйственного персонала методам анализа организации здравоохранительной деятельности.*

Небольшой курс обучения методам анализа организации здравоохранительной, экономической и финансовой деятельности помог бы руководству и административно-хозяйственному персоналу ЦЗС лучше использовать финансовую информацию, принимать решения на более высоком уровне, и, в общем, улучшил бы ту часть работы, которая не относится к оказанию медицинских услуг.

7. *Проведение сравнительного анализа демографического и социальноэкономического профиля пациентов, пользующихся аналогичными услугами в государственных учреждениях.*

ЦЗС мог бы организовать сбор данных для сравнения демографического и социально-экономического профиля пациентов, обращающихся в бесплатные государственные учреждения, предлагающие примерно такие же услуги. Такая информация могла бы служить для указания, насколько ЦЗС придерживается своей цели оказывать медицинские услуги всем категориям населения. Кроме этого, такая информация в будущем могла бы использоваться для проведения маркетинговых исследований и рекламы.

8. *Заключение контрактов, предусматривающих разделение затрат с предприятиями*

Работники некоторых предприятий, которые в прошлом имели контракты с ЦЗС, продолжают пользоваться медицинскими услугами ЦЗС и платят наличными. Предприятия отказались от продления контрактов ввиду невозможности оплачивать предоставляемые услуги. ЦЗС может предложить этим предприятиям

возобновление контрактов, предусматривающих более низкие цены, с оплатой только части затрат, в то время, как остальная часть оплачивалась бы самими работниками предприятий. От такой организации выиграли бы все участвующие стороны: затраты предприятий были бы не такими, как раньше, затраты работников предприятий - не такими, как сейчас, а ЦЗС мог бы вернуть утерянную ранее клиентуру. На основе данных из регистрационных книг врачей, ЦЗС мог бы определить, работники каких предприятий продолжают пользоваться его услугами, и возобновить контакты с этими предприятиями.

#### 9. *Наблюдение за открытием новых предприятий*

ЦЗС мог бы наблюдать за регистрацией новых предприятий в Одессе, особенно предприятий с иностранным участием, для того, чтобы предложить руководителям этих предприятий заключать контракты с ЦЗС на предоставление услуг своим работникам и/или их супругам. Далее ЦЗС следует определить, какие виды услуг предприятия могли бы предложить своему персоналу. В этом случае может использоваться метод создания целевых групп, и в отношении услуг, и в отношении предоставляемого уровня комфорта (не медицинского). Такие изучения могли бы использоваться ЦЗС в определении областей потенциального расширения своей деятельности.

## 5.2. РЕКОМЕНДАЦИИ УКРАИНСКИМ ОРГАНАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### 1. *Признать тот факт, что самофинансирование за счет платы клиентов является экономически обоснованным.*

Опыт ЦЗС показывает, что самофинансирование эксплуатационных затрат и некоторой части капитальных затрат является экономически обоснованным. Таким образом, вопрос самофинансирования должен получить должное рассмотрение как один из вариантов части реформ в здравоохранении.

### 2. *Рассматривать проведение планируемой ЦЗС программы страхования как тестового испытания данной концепции.*

Ведется много дискуссий относительно создания в Украине института страхования здоровья. Мероприятия ЦЗС по разработке программы страхования (см. рекомендацию 3 в разделе 5.1. и разделе 3.1.9.1) могли бы отслеживаться для приобретения опыта, который мог бы затем использоваться более широко.

### 3. *Рассмотреть вопрос об уменьшении бремени на предоставление частных социальных услуг.*

Для того, чтобы способствовать развитию социальных услуг, таких как, медицинское обслуживание, по отношению к ним должно быть отменено действие налога на добавочную стоимость и подоходного налога (см. раздел 3.1.5.4.). Тогда затраты на оказание медицинских услуг значительно снизились бы. Аналогично, для более эффективного финансирования услуг, оказываемых малоимущим, могло бы быть отменено действие налога на добавочную стоимость по отношению к благотворительным пожертвованиям на социальные услуги (см. раздел 3.1.5.2.).

*4. Рассмотреть вопрос о снятии ограничений на прибыль*

В условиях рыночной экономики предприятиям разрешается взимать цены, какие они хотят, и ограничения, в соответствии с которыми прибыль должна составлять не более какого-то процента от суммы затрат, налагаются редко. Организации, предоставляющие услуги здравоохранения (особенно те, которые, как ЦЗС, не ставят целью своей деятельности получение прибыли), могли бы таким образом разнообразить цены для поддержания одних услуг, и получения большей прибыли от других, в том случае, если не будет ограничения на прибыль в зависимости от процента затрат (см. разделы 3.1.5.3. и 3.2.6.).

*5. Отменить требования, в соответствии с которыми в бухгалтерских документах используется нереалистичная стоимость и срок жизни оборудования.*

Требования к ведению бухгалтерской документации согласно законодательству (см. разделы 2.3 и 3.1.4, а также рекомендацию 1 раздела 5.1.) является административным бременем для организаций, предоставляющих услуги здравоохранения, и не обеспечивают никакой полезной информации для руководства. Должен быть рассмотрен вопрос об отмене данных требований.

*6. Персонал организаций, предоставляющих услуги здравоохранения, должен быть обучен “деловым” навыкам.*

Руководящий персонал ЦЗС имеет больше деловых навыков, чем врачи, заведующие государственными больницами и поликлиниками, так как им приходилось развивать эти навыки для финансового выживания. Тем не менее, руководящему персоналу ЦЗС не хватает многих навыков, которые могли бы значительно повысить эффективность их работы как финансовых менеджеров (см.раздел 4.5 и рекомендацию 6 раздела 5.1). Руководителям медицинских учреждений во всей Украине необходимо развивать эти деловые навыки ведения медицинской деятельности.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- Collins, Constance, Kulmindar Johal, Chloe O'Gara, Willa Pressman, James Shelton and Elena Stroot. 1994. "Preliminary Reproductive Health Assessment of Ukraine and Moldova". Washington, D.C.: Wellstart International. August 18.
- Craighead's Country Reports: Ukraine. 1994. Darien. CT: Craighead Publications, Inc.
- Franey, Stephen G. 1989. "Analysis of the Patient Registration and Fee Collection System at Niamey National Hospital". Tulane University/Abt Associates Inc. Study conducted through the Directorate of Studies and Planning and the Niger Health Sector Support Grant, funded by USAID # 683-0254-C-00-8009-00.
- Griffin, Charles C. and Gerard M. La Forgia. 1990. "Trip Report and Technical Notes for Belize". Health Financing and Sustainability Project. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. November 5 - 17.
- Makinen, Marty and Laura Raney. 1994. "Role and Desirability of User Charges For Health Services". Bethesda, MD: Abt Associates Inc.
- Setzer, James C. and Glendon Cross. 1992. "A Study of User Fees at CDS Facilities in Haiti". Bethesda, MD: Abt Associates. March.
- Vian, Taryn. 1988. "Accounting and Financial Management Systems at Niamey Hospital: Recommendations for Actions Necessary to Fulfill Year 2 Benchmarks for the Niger Health Sector Support Grant". Bethesda, MD: Abt Associates. July 5.
- Wong, Holly and Marty Makinen. 1988. "Financial Review of the Complexe Medico-Social De Cite Soleil.". Bethesda, MD: Abt Associates. October.
- World Bank. 1992. "Ukraine: Employment, Social Protection, and Social Spending in the Transition to a Market Economy". Report No. 11176-UA, Chapters 1-9. Washington, D.C.: World Bank. November.

## **Приложение А**

### **ОБЪЕМ РАБОТЫ ОЦЕНКА ПЛАТЕЖЕЙ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ, ЦЗС, ОДЕССА, УКРАИНА**

Международный медицинский научно-исследовательский центр здоровья семьи (ЦЗС) в Одессе был основан в 1988 г. на принципах самофинансирования и является независимым от Министерства здравоохранения. Четыре его отделения (консультационная клиника, отделение для амбулаторных больных, диагностическая клиника и служба помощи на дому) оказывают услуги по охране здоровья материнства и детства (ОМД) по принципу “плата за услугу”.

Центрству здоровья семьи предприятия платят вознаграждение за услуги, оказанные им работникам (и в некоторых случаях и членам их семей). Пятьдесят процентов дохода поступает от визитов на дом. Из-за экономических проблем последнего времени все более и более услуг оплачиваются наличными. ЦЗС старается балансировать услуги с высокой стоимостью и малым объемом с услугами с большим объемом и низкой стоимостью.

Центр может оказывать медицинские и диагностические услуги в Одессе и Одесской области, и также в различных районах Украины и бывшего СССР через выездные бригады, состоящие из терапевта, гинеколога, специалиста на эндоскопии и, в случае необходимости, других специалистов. В центре также работают передвижные консультации, так что обследования могут производиться и в неблагоприятных для этого условиях. Пациенты, которым нельзя оказать помощь амбулаторно, направляются на лечение в ЦЗС.

В настоящее время ЦЗС является единственным учреждением здравоохранения в Одессе, которое само финансирует себя за счет платежей потребителей (пациентов). Прочие учреждения Одессы субсидируются из общих доходов государственного бюджета. ЦЗС разработал новую программу финансирования независимо. Ему постоянно приходится искать новые источники дохода. В ЦЗС понимают необходимость работы для того, чтобы найти свое место в системе в условиях проведения реформ национального и областного масштаба. Одесская область представила программу реформ в Министерство здравоохранения. Среди ее целей - обеспечение медицинского сектора достаточным финансированием и рациональное использование финансовых ресурсов, например - распространение системы финансирования Центра здоровья семьи.

Центр семейного здоровья воспринимает техническую помощь в целях оценки и извлечения опыта из его деятельности и поиска альтернатив для улучшения его самофинансирования за счет платежей потребителей. Группа технической помощи “ЗдравРеформ” будет изучать текущие уровни расходов и доходов ЦЗС используя данные бухгалтерского учета и обслуживания пациентов, собранные в ЦЗС. Группа “ЗдравРеформ” будет работать в сотрудничестве с совместными директорами Центра здоровья семьи доктором медицины Валентиной Беспоясной, научным директором консультационной клиники, и доктором медицины Каринэ Тумасян, заведующей больничным отделением.

Целью технической помощи также является обеспечение обучения местных специалистов (коллег) методологическим приемам, используемым при анализе. В этом отношении необходимо, чтобы группа “ЗдравРеформ” также получала помощь от представителя руководства, который в свою очередь мог бы служить в качестве источника информации после завершения программы технической помощи.

Данное исследование будет включать в себя:

- изучение расходов за базисный период времени (персонал, лекарства, операции и прочее) по отделениям (консультационная клиника, отделение для амбулаторных больных, диагностическая клиника и служба помощи на дому) в целях определения издержек производства;
- оценку величины обесценивания капитала;
- прослеживание потребления доходов, полученных посредством существующего механизма возмещения издержек производства;
- изучение существующей структуры платежей включая перекрестное субсидирование и льготное освобождение, в плане влияния на экономическую эффективность, активы и доход;
- изучение демографического и социально-экономического профиля потребителей относительно населения в целом;
- обзор способности ЦЗС в сборе и учете платежей;
- вычисление текущих уровней возмещения издержек производства по типам услуг для выбранных, обычно предоставляемых услуг;
- оценку способности существующей структуры платежей производить доходы, достаточные для целей возмещения издержек производства ЦЗС;
- предоставление аналитического описания системы финансирования и документацию ее сильных и слабых сторон;
- предоставление рекомендаций по альтернативам изменения программы самофинансирования, в том числе структуры платежей; и
- накопление приобретенного опыта в целях его распространения.

Это исследование будет в интересах органов администрации Одесской области, так как они предпринимают попытки планирования реформ в секторе здравоохранения и применения альтернативных программ финансирования, подобных системе “вознаграждение за услугу”, проектируемой в Центре здоровья семьи.

Предполагается, что Центру здоровья семьи понадобится пять (5) человеко-недель внешней технической помощи для завершения данного исследования.

## **Приложение В**

### **МЕТОДИКА ПЕРЕРАСЧЕТА КУПОНОВ ПО КУРСУ ОКТЯБРЯ В КУПОНЫ ПО КУРСУ АПРЕЛЯ**

Расходы и доходы за апрель и октябрь 1994 года, выраженные в купонах, из-за высоких и непредсказуемых темпов инфляции нельзя сравнивать непосредственно. Рост инфляции с апреля по октябрь 1994 года составил 53%. Чтобы облегчить сравнения цифры за октябрь пересчитывались с учетом инфляции в купоны по курсу за апрель. Формула приведется ниже.

Купоны октября по курсу за апрель = купоны октября / $(1+(инфляция\ мая)/100) * (1+(инфляция\ июня)/100) * (1 + (инфляция\ июля)/100) * (1+ (инфляция\ августа)/100) * (1+(инфляция\ сентября)/100) * (1 + (инфляция\ октября) /100)=$   
купоны октября / $(1+(5,2)/100) * (1+(3,9)/100) * (1 +(2,1)/100) * (1 + (4,0)/100) * (1 + (7,3)/100) * (1 + (22,6)/100)$ .= купоны октября /  $(1,052 * 1,039 * 1,021 * 1,04 * 1,073 * 1,226) =$  купоны октября /1,53

## **Приложение С**

### **СИСТЕМА РЕГИСТРАЦИИ И ВЗИМАНИЯ ПЛАТЫ**

Система регистрации и взимания платы в поликлинике имеет следующий вид:

1. После прихода пациентка обращается в регистратуру/кассы, где она может:
  - а) видеть на стене расписание со временем работы врачей;
  - б) просить у дежурного, к какому врачу обратиться, или о том, нужен ли для проведения процедуры, врач, медсестра или же ей нужно обратиться непосредственно в лабораторию (для сдачи анализов, назначенных другим врачом); и/или
  - в) спросить о цене конкретной услуги.

Пациентка может выбирать между ожиданием приема у врача или медсестры и назначением приема на более позднее время. Как в поликлинике, так и в дневном стационаре цены услуг имеются в регистратуре. В прейскуранте перечислено более 140 услуг и их цены соответственно.

2. Пациентка ожидает приема у врача.

3. Пациентку вызывают врач или медсестра.

По окончанию консультации врач заполняет бланк, куда заносятся фамилия пациентки и услуги/процедуры, выполненные для нее. После этого бланк вручается пациентке. Дополнительно могут заполняться и передаваться пациентке направления на анализы в лабораторию или на ультразвуковые исследования, или же бланки с назначенным курсом лечения. Последние могут содержать рецепты в аптеку или направления на лечение в дневной стационар, т.е. физиотерапию, процедуры или инъекции.

4. Пациентка возвращается с бланком/ бланками в регистратуру/кассы, чтобы оплатить услуги. Кассир определяет общую сумму, причитающуюся с пациентки, которая вычисляется в соответствии с прейскурантом, и пациентка платит кассиру за оказанные ей услуги. В ЦЗС действует довольно гибкая система оплаты (см. раздел 3.1.8 о льготах). Если у пациентки есть другие бланки с указанием на необходимость в анализах или лечении, приемщица объясняет ей, как подготовиться к анализам, куда обращаться для выполнения назначений или помогает ей составить график лечения. Очень редко пациентке представляется возможность в этот же день пройти другие процедуры, так как многие исследования требуют подготовки. В регистратуре пациентке рассказывают, куда в следующий раз обращаться для проведения исследования или прохождения процедуры. Пациентка может заплатить заранее до процедуры или после ее. Большинство пациенток предпочитают платить после лечения или проявления его результатов. Имели место случаи, когда ЦЗС возвращал пациенткам деньги при неудовлетворительных результатах.

5. На следующий или в тот же день пациентка обращается в лабораторию или отделение ультразвукового исследования не обращаясь в регистратуру.

6. Пациентку вызывает врач или специалист. По окончанию процедуры в случае если пациентка уплатила заранее и предъявляет документ, удостоверяющий оплату, врач или специалист выдает ей документ с результатами исследования (анализов). Если пациентка еще не уплатила, врач заполняет бланк с указанием суммы платежа, с которым пациентка идет к кассиру. Сразу же после оплаты она возвращается к врачу и предъявляет квитанцию, чтобы получить результаты.

7. Пациентка возвращает результаты врачу, который назначил ей диагностические исследования. Пациентке нужно для этого обратиться в регистратуру и либо получить талон на более позднее время, либо, если доктор принимает, занять очередь. В данном случае врач имеет право на оценку консультации. Однако, он сам теряет деньги, если он не назначит цену. Установив диагноз врач может начать лечение, направить пациентку в дневной стационар или в больницу Одесского медицинского университета, например, в экстренных случаях, необходимости “большой” хирургической операции или круглосуточного ухода.

8. Когда пациентка получает рецепт от врача, у нее есть возможность сделать выбор из трех вариантов:

а) обратиться в аптеку ЦЗС, где имеется небольшой запас некоторых из препаратов;  
б) обратиться в частную аптеку, арендующую часть вестибюля ЦЗС за препаратом, которого нет в наличии в аптеке ЦЗС;

или

в) обратиться в любую другую аптеку.

Во всех этих трех случаях цены приблизительно одинаковы (см. раздел 3.1.2 об услугах аптеки). Пациентки, решившие воспользоваться услугами аптеки ЦЗС, вносят плату наличными кассиру/продавцу аптеки.

9. Если пациентка нуждается в лечении в дневном стационаре, она обращается в регистратуру для решения этого вопроса.

## Приложение D

### РАЗБИВКА ВВОДИМЫХ РЕСУРСОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Таблица 9:** Распределение затрат на материалы (в рублях)  
(Выход указывается в колонке (1) таблицы 5)

Материалы	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
Марлевый тампон	пакет	0,750	0,16	0,120
Раствор углекислого натрия	упаковка	0,100	0,05	0,005
Глицериновый раствор люголя	литр	0,005	2,37	0,010
Уксусный раствор	литр	0,005	1,00	0,005
Выбрасываемые медицинские стерильные ткани	пакет	0,400	0,49	0,200
<b>ИТОГО:</b>				<b>0,340</b>

**Таблица 10:** Эндоскопия: Распределение заработной платы медицинского персонала (в рублях) (Выход указывается в колонке (2) таблицы 5)

Категория персонала	Длительность времени на процедуру	Ставка за минуту (зарплата)	Фонд зарплаты
Врач: акушер/гинеколог	20	0,1425	2,85
Медсестра	20	0,0920	1,84
Уборщица	6	0,0500	0,30
Приемщица	4	0,0800	0,32
Заведующий поликлиникой			0,12
<b>ИТОГО:</b>			<b>5,43</b>

Приведенные в таблице 11 допустимые затраты на уход и использование оборудования даются с учетом оборудования, необходимого для каждой процедуры, норм, установленных за время (в минутах) использования каждого из предметов оборудования, и величины амортизации за минуту для каждого из предметов оборудования. (N.B. восстановительные стоимости и сроки службы оборудования устанавливались в Москве с использованием методов, не указывающих истинных значений, отсюда преуменьшенные и вносящие искажения относительные величины для вычисления амортизации (см. раздел 2.2.).

Распределение заработной платы персонала в таблице 10 показывает долю труда врачей, медсестер, уборщиц и приемщицы включенную в механизм ценообразования, так же как и выраженную в процентах долю времени заведующего поликлиникой.

Распределение времени заведующего поликлиникой было стандартным для всех служб.

**Таблица 11: Эпдоскопия: распределение допустимых цен технического обеспечения и использования оборудования (в копейках) (Выход приводится в колонке (6) таблицы 5).**

Название предмета оборудования	Амортизация: величина за минуту	Время использова- ния при процедуре, минуты	Величина амор- тизации
Гинекологическое кресло	0,056	20	1,12
Кольпоскоп	0,193	20	3,86
Зеркало Симса	0,006	20	0,12
“Кортсанг” (гемостат)			
ИТОГО:	0,001	20	0,02
			5,12

## Приложение Е

### ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТАХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Эти данные были собраны из журналов врачей за рабочий день 24 ноября 1994 г. в Центре здоровья семьи. Были использованы журналы дневного стационара, гинекологии, эндокринологии, вакцинации, физиотерапии и отделения ультразвуковых исследований поликлиники. Для этой выборки из 136 пациентов были собраны данные о возрасте, месте жительства и профессии.

Данные о роде занятий имелись только на 131 пациента. Результаты приводятся ниже.

Социоэкономический профиль группы пациентов.

Род занятий	Число
ПЕНСИОНЕР, СТУДЕНТ	
молодая мать	
(в декретном отпуске; ребенку менее 6 месяцев)	2
пенсионер	
(пожилые мужчины)	2
студент (университета или института)	22
ученик (средней школы)	3
ДОМОХОЗЯЙКА	
домохозяйка	48
СПЕЦИАЛИСТ	
медсестра	4
врач	2
преподаватель	5
учитель (средней школы)	2
преподаватель	
(после обучения, природоведение)	1
учитель (специальная школа для детей 15-18 лет)	1
воспитатель (детский сад)	2
учитель (для детей в санатории)	1
инженер	5
женщина-предприниматель	1
редактор газеты	1
библиотекарь	1
бухгалтер	2
бухгалтер (главный)	1
экономист	1
техник-специалист	2
(электроника)	
переводчик	1
НАДОСТАТОЧНАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ	
рабочий казино	2
горничная/официантка	1
(на судне)	
инспектор (аэропорт)	1
агент (аэропорт)	1

водитель трамвая	1
строительный рабочий	1
бригадир (строительство)	1
парикмахер	2
уборщица	1
банковский служащий	1
служащий (государственного учреждения)	
военный	1
официантка	1
кассир сельский	1
банковский кассир	1
кассир частной компании	1
служащий театра	
(не актер)	1
секретарь частной компании	2
<b>ИТОГО</b>	<b>131</b>

#### Возрастной профиль группы потребителей

Возрастная группа	число	В процентах
15-19	18	13%
20-24	46	34%
25-29	26	19%
30-34	24	18%
35-39	7	5%
40-44	4	3%
45-49	6	4%
50-54	2	1%
55-59	0	0%
60+	3	2%
<b>ИТОГО:</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>